UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE DE GRENOBLE
FACULTÉ DE MÉDECINE
Domaine de la Merci - 38700 LA TRONCHE

ANNÉE 1973 N° d'ordre : 68

LES TROUBLES INTRINSEQUES DE LA STATIQUE GENITALE

FLEXIONS ET VERSIONS UTERINES

IMPLICATIONS CHIRURGICALES

THÈSE

présentée
à la Faculté de Médecine de Grenoble
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
DIPLOME D'ETAT

par

Son TA-MINH
né le 31 Janvier 1946 au VIETNAM
Interne des Hôpitaux

Cette thèse sera soutenue publiquement le 15 Octobre 1973
devant

M. le Professeur R. CONTAMIN, Président du Jury
MM. les Professeurs J. BARRIE
R. LATREILLE
Y. BOUCHET

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544319_0028

UNIVERSITE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE DE GRENOBLE
FACULTE DE MÉDECINE
Doyen : M. le Professeur ROCHE LA TRONCHE

ANNÉE 1973 N° d'ordre :

LES TROUBLES INTRINSEQUES DE LA STATIQUE GENITALE

FLEXIONS ET VERSIONS UTERINES

INDICATIONS CHIRURGICALES

THÈSE

présentée

à la Faculté de Médecine de Grenoble

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

DIPLOME D'ETAT

par

Soan TA-MINH

Né à Hué (ex-protectorat) le 18 Octobre 1943

Interne des Hôpitaux

Thèse soutenue publiquement le 18 Octobre 1973

devant

M. le Professeur R. COMTAMIN, Président du Jury

MM. les Professeurs J. BARRIE

R. LATREILLE

Y. BOUCHET

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE DE GRENOBLE
FACULTÉ DE MÉDECINE
Domaine de la Merci - 38700 LA TRONCHE

ANNÉE 1973 N° d'ordre :

LES TROUBLES INTRINSEQUES DE LA STATIQUE GENITALE

FLEXIONS ET VERSIONS UTERINES

IMPLICATIONS CHIRURGICALES

THÈSE

présentée
à la Faculté de Médecine de Grenoble
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
DIPLOME D'ETAT

par

Son TA-MINH
né le 31 Janvier 1946 au VIETNAM
Interne des Hôpitaux

Cette thèse sera soutenue publiquement le 15 Octobre 1973
devant

M. le Professeur R. CONTAMIN, Président du Jury
MM. les Professeurs J. BARRIE
R. LATREILLE
Y. BOUCHET

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS,

A qui je dois tout.

Avec amour et patience, ils ont su me guider pas à pas tout au long de mes études et dans chaque étape de ma vie.

Leur dévouement et leur générosité sont pour moi un exemple et l'immense affection dont ils m'ont toujours entouré m'a profondément marqué.

Qu'ils veuillent bien trouver dans ce travail une partie infime de ma forte reconnaissance, de ma grande admiration, de mon affectueux attachement et de mon profond respect.

A MES GRANDS FRERES ET BELLES-SOEURS,

A MA PETITE SOEUR DUNG,

A TOUS LES MIENS,

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur R. CONTAMIN.

Clinique Chirurgicale Gynécologique

Au cours de notre internat, nous avons pu bénéficié de son enseignement, de l'étendue de ses connaissances de la richesse de son expérience et admiré la rigueur de ses techniques opératoires.

L'originalité de ses idées, la justesse et la profondeur de ses conceptions joint à ses grandes qualités humaines font de lui un grand chirurgien gynécologye de réputation mondiale.

Il a bien voulu nous confier et inspirer ce travail et nous le prions de trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude et de notre profond attachement.

A NOS MEMBRES DU JURY ET JUGES

Monsieur le Professeur J. BARRIE,
Clinique Chirurgicale.

Au cours de notre semestre d'internat dans son service, nous avons pu admirer sa grande dextérité chirurgicale. Mais plus encore, c'est sa courtoisie, sa manière d'aborder les problèmes chirurgicaux et autres, avec calme et précision qui ont été pour nous un exemple.

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de juger ce travail. Qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre attachement.

Monsieur le Professeur R. LATREILLE,
Chirurgie Générale.

Un an passé dans son service nous a été très bénéfique. La rapidité de ses décisions, la précision de ses gestes opératoires et la clarté de son enseignement sont pour nous autant d'exemples chaque jour renouvelés.

Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de nous juger.

Qu'il soit assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Y. BOUCHET,
Anatomie. Stomatologie.

Nous avons toujours admiré ses grandes qualités chirurgicales et la précision de ses techniques opératoires.

Nous le remercions pour son enseignement.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre juge.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER,
Chirurgien des Hôpitaux, Chef de Service,

Il nous a appris les premiers gestes chirurgicaux.

Auprès de lui, nous avons pu bénéficier d'un enseignement chirurgical exceptionnel. Mais ce sont surtout ses grandes qualités humaines qui nous ont le plus marqué.

Qu'il soit assuré de notre affectueux attachement et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BERNARD,
Assistant-Chef de Clinique,

Nous le remercions pour ses conseils amicaux et ses très beaux schémas de technique.

A MADAME HELLER
A MONSIEUR C. MINGUET
A MESSIEURS BARBIER, BEN KEDER, DEBARDONECHE

Pour leur précieuse collaboration.

A tous ceux qui nous ont appris et formé directement ou indirectement à notre carrière médico-chirurgicale.

A tous ceux qui nous ont accordé leur soutien et leur sympathie pendant nos études.

A NOS MAITRES

Dans les Hôpitaux de TOULOUSE (Externat)

Messieurs les Professeurs LAZORTHES
GRIMOUD
GADRAT
RIEUNAU
FICAT
GERAUD
ARMENGAUD

Dans les Hôpitaux de GRENOBLE (Internat)

Messieurs les Professeurs CABANAC (un semestre)
GAUTIER (un semestre)
CONTAMIN (un semestre)
CALAS (un semestre)
LATREILLE (deux semestres)
REVOL (un semestre)
BARRIE (un semestre)

INTRODUCTION

Bien que connues de longue date, les déviations de l'utérus et de ses annexes n'ont pas actuellement retenu suffisamment l'attention des chirurgiens gynécologues et même de l'ensemble des médecins.

Ces affections, trop souvent étiquetées de bénignes, sans répercussions cliniques importantes ou pouvant guérir spontanément, selon certaines croyances, à la suite de l'accès à la vie génitale et de l'épreuve obstétricale, voire même considérées comme état anatomique et physiologique par certains auteurs, méritent-elles une meilleure prise en considération ?

C'est la question qui se pose à nous, au cours d'un semestre passé à la Clinique Chirurgicale Gynécologique de Grenoble où nous avons remarqué la fréquence de ces vices de position chez les consultants de gynécologie.

La revue des travaux antérieurs augmente encore l'intérêt que nous portons sur la question car en effet une imprécision indiscutable règne dans ce domaine.

1º Tout d'abord, il manque une classification anatomique claire et précise concernant les troubles de la statique génitale. Par exemple, une confusion est manifeste entre Flexion et Version et on groupe souvent sans distinction sous le terme "Rétroversion" les bascules postérieures de l'utérus. De même on ne sait pas où situer exactement certaines anomalies telles que les Antéflexions accentuées, les latéropositions.

2º Concernant la pathogénie, les connaissances sont encore plus vagues et les théories s'affrontent. Quelle est la part respective du terrain, des troubles endocriniens, du facteur congénital, de la gravidité, et d'autres facteurs encore, dans la genèse des anomalies positionnelles ?

3º L'imprécision se retrouve encore dans l'étude clinique.

- Que représentent réellement ces "formes muettes" souvent citées ?
- Quelle est la corrélation exacte entre les troubles de la statique et les signes fonctionnels notamment ceux à distance tels que les manifestations digestives ou psycho-affectives ?
  La connaissance de ces relations de causes et effets est pourtant capitale pour l'indication thérapeutique.
- Quelle est l'évolution de ces troubles et notamment quel est le rôle joué par la gravidité ?

4º Le chapitre thérapeutique enfin est des plus controversés. Quelle est l'indication thérapeutique selon chaque cas observé ? ou d'une autre façon, quelle est la place de la chirurgie et des autres modalités thérapeutiques dans la cure du défaut de la statique ?
Une plus grande clarté concernant les problèmes pathogéniques et pathologiques permet de résoudre déjà en partie ces questions thérapeutiques. Mais encore faut-il savoir quelle technique à utiliser car le nombre de procédés décrits et les résultats divergents (souvent pour une même méthode) ne font qu'augmenter l'embarras du choix.

C'est pour tenter de répondre en partie à ces nombreuses questions que nous avons entrepris l'étude de 671 dossiers de rétro-déviations et de 110 cas d'antéflexion avec dystrophie utérine plus ou moins apparente observés dans la clientèle privée du Professeur R. CONTAMIN et à la Clinique Chirurgicale Gynécologique de Grenoble qu'il dirige.

Mais l'étude seule des dossiers est insuffisante. En effet :

1° Par exemple, concernant les troubles fonctionnels.

Nous savons que certaines femmes exagèrent fortement leurs malheurs alors que d'autres considèrent les troubles qui les affectent comme de petites misères inhérentes à la condition féminime.
Quelle est l'importance réelle du symptôme et quelle est son aggravation ou amélioration après traitement ? Ces "nuances" cliniques manquent dans l'analyse des observations.

2° Par exemple, concernant le terrain psychique.

Un petit degré de névrosisme, un manque d'attention, une irritabilité... peuvent très bien retenir l'observation du clinicien alors qu'ils ne sont pas souvent notés dans les dossiers (surtout hospitaliers) et faussent la réalité des choses.

3° Par exemple, concernant les accouchements.

Nous retrouvons souvent dans les dossiers ces conclusions "Accouchement à terme, enfant vivant" ; mais un "travail"plus ou moins long, un accouchement parfois douloureux et pénible avec dystocie des parties molles ne sont pas le plus souvent mentionnés. Or, ils sont pourtant fréquents ces accouchements difficiles, traumatisant pour l'anatomie pelvienne et pour le psychisme de la mère et répercutant plus ou moins sur l'avenir de l'enfant bien-sûr "à terme et vivant" mais souvent de qualité médiocre.

C'est donc surtout à la suite de nombreux entretiens avec notre maître, le Professeur R. CONTAMIN et les réflexions tirées de l'expérience de sa longue carrière gynéco-chirurgicale que nous pouvons avoir une opinion plus exacte de la réalité et qui nous permettent de considérer sous un jour nouveau ce problème primordial dont la négligence, trop souvent de règle, pèse lourdement sur la vie et l'avenir de la femme.

Dans un but de clarté, nous adoptons l'étude selon un plan tout-à-fait classique.

Après un rappel historique, nous envisageons successivement :

- La définition et classification des déviations utérines dans l'ensemble des troubles de la statique génitale.
- L'étude étio-pathogénique, anatomo-physiopathologique et clinique précédée par une présentation brève de notre matériel et protocole d'étude dont l'analyse va se retrouver au fil des chapitres exposés.
- Nous terminerons sur les modalités thérapeutiques et leurs indications respectives selon chaque cas considérés et les résultats observés.

Signalons aussi d'emblée que dans ce travail, dont la partie essentielle est centrée sur la Rétroversion, nous serons bref volontairement sur certains côtés du problème, classique et connu, pour exposer plus longuement nos conceptions sur certains points précis.

RAPPEL HISTORIQUE

Plutôt que de faire une revue exhaustive des auteurs et leurs travaux concernant les anomalies topographiques génitales, c'est surtout l'évolution des conceptions anatomiques, pathologiques et thérapeutiques au cours des âges qu'il est intéressant de connaître et que nous essayons d'exposer schématiquement les principales étapes historiques.

Dès la Haute-Antiquité déjà, HIPPOCRATE mentionnait certaines notions relatives aux troubles de la statique utérine : "Oh, Utérus, toi qui es l'organe originel, c'est en toi que commence toutes maladies." Au fait, si AETIUS au VIe siècle parlait de "réinclination" de l'utérus et AMBROISE-PARE la décrivait vaguement, pendant fort longtemps ces défauts positionnels restèrent pratiquement inconnus de la littérature médicale.

Ce n'est qu'au XVIIIe siècle que l'anomalie se trouva reconnue et prise en sérieuse considération devant les complications graves et mortelles au cours de la grossesse. (Degranges 1715, Grégorie 1746)

Le XIXe siècle vit l'évolution parallèle des études anatomiques et pathologiques et des divers procédés thérapeutiques qui en découlaient.

- OSLANDER en 1808 décrit 4 cas de Rétroversion chez la femme non enceinte.
- VELPEAU en 1849 procède à la 1re étude anatomique précise.

Mais la description anatomique se trouve faussée car les anatomistes tirent leur conclusion de la dissection cadavérique. Or, sur le cadavre, l'utérus est presque toujours en rétroversion (CHARPY) de telle sorte que HENKE voit dans cette attitude une position normale.

Il fallait attendre l'apport de l'expérience clinique et surtout chirurgicale pour que l'on se rende compte et admette enfin l'Antéversion comme position physiologique de l'utérus.

L'étude anatomique est encore rendue plus difficile par le fait que l'utérus est un organe éminemment mobile et la définition de sa position normale est une question controversée et discutée des anatomistes "Peu de questions ont été le sujet d'aussi ardentes controverses, et actuellement même, l'accord n'est pas fait. Plus de 50 mémoires arrivant à des conclusions opposées ont été écrits sur ce point spécial." (RIEFFEL)

Parallèlement à l'étude anatomique, les conceptions pathologiques évoluent et passent par différentes phases :

- RECAMIER et LISFRANC reléguaient les versions et flexions au 2e plan en faveur des ulcérations.
- VELPEAU les replaçait à une place de choix.
- NAUCHE (1829) pensait que la rétroversion chez la femme non enceinte pouvait exister en dehors de tout symptôme.

Avec les notions pathologiques et anatomiques naquirent les procédés thérapeutiques les plus variés.

On inventa d'abord des instruments plus ou moins ingénieux destinés à redresser l'utérus.

- Sondes de SIMPSON ou de SIMS en métal, introduite dans la cavité utérine.
- Vessie de HALPIN dilatant le dome vaginal.
- Bouteille rectale en caoutchouc de FAVROT.

Tout cède la place aux pessaires, de matière et de forme les plus variables. POZZI en décrivit au moins 12 types.

Cette vogue est justifiée à l'époque où le chirurgie était une aventure dangereuse mais l'abus des pessaires joint à une absence fréquente de surveillance entrainaît des complications graves (infections, concrétions, fistules vésico-recto-vaginales, déchirures urétérales) si bien que leur emploi tomba bientôt dans le discrédit. L'avènement de l'aseptie en 1885 permettait enfin le développement et l'essor de la chirurgie.

Déjà en 1840, ALQUIE imagina une technique extra-péritonéale de raccourcissement des ligaments ronds sans oser cependant la réaliser.

Une tentative malheureuse de DENEFFE en 1864 fit condamner sévèrement le procédé par la Commission Belge des Hospices.

C'est seulement en 1881 qu'ALEXANDER expérimenta avec succès pour la première fois la technique d'ALQUIE, suivi par ADAMS l'année suivante en 1882.

Avec ces premiers succès débuta vraiment l'ère de la chirurgie qui se trouva encore accélérée par l'avènement de l'aseptie (1885) ; les procédés opératoires se multiplient à loisir et déjà en 1925 CROSSEN dénombre 110 interventions ou variantes. Il serait fastidieux de les énumérer toutes mais citons ici quelques dates concernant les méthodes les plus connues et utilisées :

- TERRIER en 1888 fait la première ventrofixation.
- DOLERIS décrit son procédé original en 1889 alors que sa variante la plus connue, la technique de Pellanda, fait jour en 1925.
- PESTALOZZA invente sa technique en 1906 et la présente au Congrès Italien d'Obstétrique et de Gynécologie.
- MARION ferme le Douglas en 1904.
- D'autres interventions sont décrites plus récemment :
  - . la suspension isthmique post d'AMELINE et de HUGIER (1957) reprend une idée déjà ancienne de FREUND (1889) et KUSTNER (1890) dans la cure de prolapsus.
  - . exclusion du Douglas de BRET et BARDIAUX (1965) fait suite à la Douglassectonie de JAMAIN et coll. (1962).

En fait, après une période de floraison d'articles et mémoires concernant le sujet et d'effervescence chirurgicale manifeste, l'intérêt de ces troubles statiques est en nette régression en France ainsi qu'à l'étranger.

- Aux U.S.A., le Cumulative Index of Gynecology note :
  - . en 1916, 11 % des articles concernaient la Rétroversion,
  - . en 1925, 5,7 %,
  - . en 1940, 4 %,
  - . et en 1951, 0,8 %.

- un service hospitalier parisien avait, avant la guerre 1939-1945, 6,5 % des interventions gynécologiques qui s'adressaient à la Rétroversion. A la Maternité de Port-Royal, ce pourcentage tombait à 4 % vers l'année 1958 (dans thèse de Sarfati).
- Au Stanford Lane Hospital de San Francisco entre 1926 et 1930, 4,6 % des interventions gynécologiques étaient des Hystéropexies. De 1949 à 1953, le chiffre tombe à 0,2 %.

La question semble prendre un certain renouveau d'actualité avec :

- La publication princeps en 1955 d'ALLEN et MASTERS où la lésion anatomique du Syndrome pose une indication toute faite à la chirurgie.
- Les recherches étiopathogéniques anatomopathologiques et l'étude du terrain hormonal des rétroversions : TOUSSAINT, LANVIN et TREVOUX, BRET, AUDIT, MAGENDIE, LOUROS ainsi que de nombreux autres auteurs ont publié leurs travaux.
- BRET et BARDIAUX consacrent une étude synthétique fort complète des vices de position utérine au 22es assises françaises de Gynécologie à Strasbourg en 1964.
- Tout récemment encore le Congrès de Bruxelle (1970) reprend certains problèmes posés par la rétroversion. Enfin l'essor de la Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence marque une étape nouvelle dans la conception de ces défauts : Publication en 1972 de l'article "Rétroversion Utérine Juvénile" (Ecole Grenobloise).

==========

D E F I N I T I O N

E T

C L A S S I F I C A T I O N

I . RAPPEL DE L'ORIENTATION ET DE LA STATIQUE NORMALE DE L'UTERUS

Avant d'en exposer les défauts, il convient de préciser la morphologie normale de l'utérus ainsi que sa localisation par rapport au pelvis et aux organes qu'il contient.

Ainsi, des nombreux travaux anatomiques se dégagent certaines acquisitions qu'il faudrait rappeler ici pour faciliter la compréhension de notre classification.

1° L'organe dans le petit bassin :

- L'utérus est chez la femme adulte un organe pelvien, et non abdominal chez la petite fille, occupant le plan sagittal médian de la cavité.

- Organe éminemment mobile, influencé par les déplacements et l'état de répletion physiologique des viscères creux voisins (vessie et rectum), l'utérus possède cependant une topographie assez bien définie.
  Il se projette en avant en regard de la symphyse pubienne, en arrière sur l'interligne sacro-coccygienne et latéralement au niveau des épines sciatiques.

- Son maintien est défini par l'angle d'environ 60° formé par la direction corporéo-cervicale de l'organe et l'axe général de l'excavation pelvienne (ligne ombilico-coccygienne).
  Le maintien donne ainsi à l'organe son Antéversion physiologique.

2° Morphologie de l'Utérus :

Elle constitue l'attitude qui est définie par l'angle obtu de 130° formé par l'axe du corps et celui du col utérin.

C'est l'Antéflexion normale.

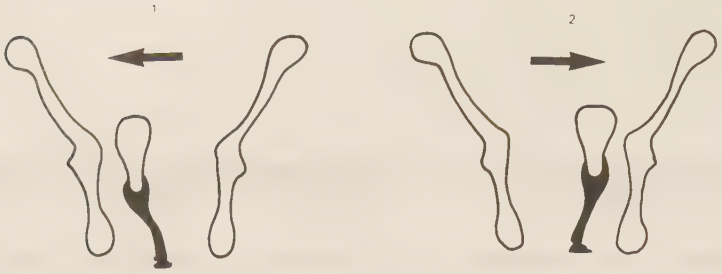
L'attitude est par ailleurs conditionnée par le degré plus ou moins important de l'insuffisance du développement de l'organe.

II . DEFINITION ET CLASSIFICATION

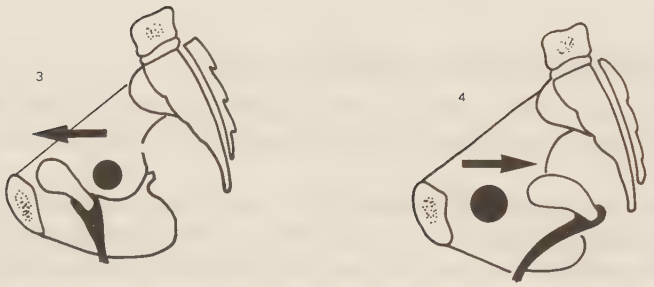
Afin de maintenir une communauté d'expression entre les différentes littératures médicales, nous avons adopté pour l'étude anatomique des vices de position de l'appareil génital la classification suivante qui apportera plus de clarté et de précision dans une question aux aspects complexes et multiformes.

A - Nous distinguons tout de suite deux grands groupes de malposition : les uns intrinsèques concernant la morphologie et l'orientation de la matrice, les autres extrinsèques s'adressant aux déplacements

LES ANOMALIES DE LA POSITION DE L UTERUS



1_2 LATEROPOSITIONS

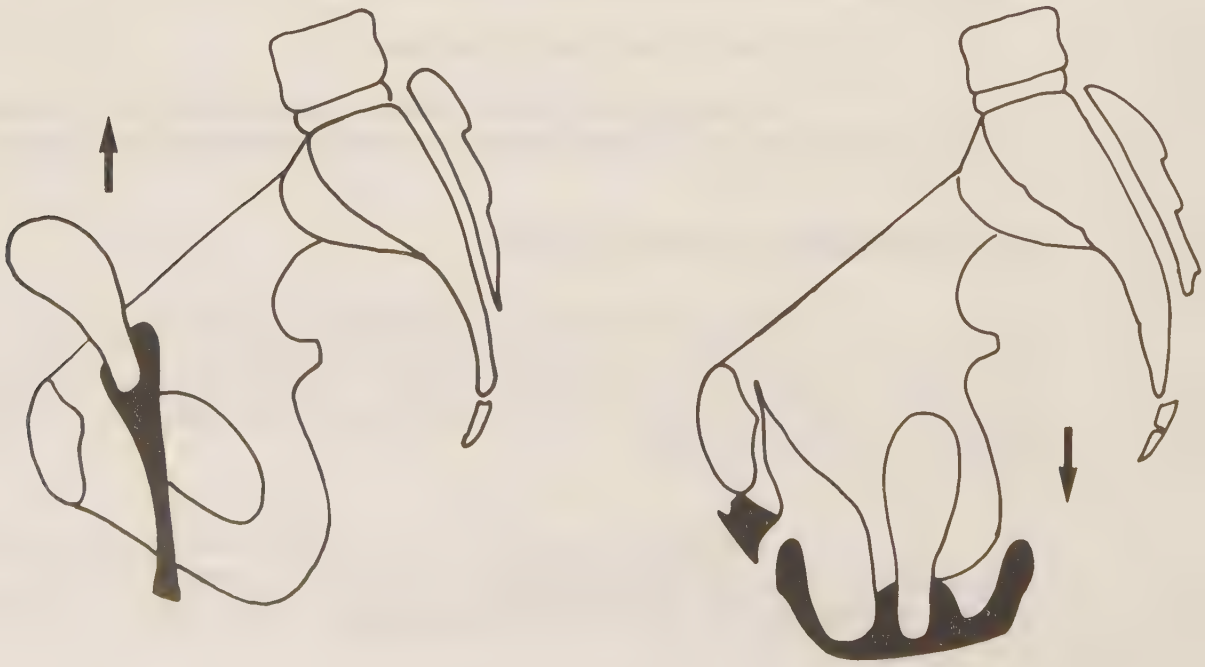


3_ANTEPOSITION

4_ RETROPOSITION

P BERNARD

LES ANOMALIES DE LA SITUATION DE L'UTERUS



en bloc de l'ensemble utéro-annexiel par rapport au pelvis et aux organes voisins.

Ces derniers comprennent les modifications de la position et de la situation.

1° La position utérine est définie par sa localisation globale dans les plans antéro-postérieurs et frontaux. Sous des influences les plus diverses, l'utérus peut se trouver en Anté, Rétro ou Latéro-position suivant le plan sagittal ou frontal considéré. Ainsi, une affection tumorale repousse l'organe vers le côté opposé alors que la rétraction ligamentaire par exemple au cours des paramétroses (F. KLINK) l'attire vers le côté malade. (Figure 1)

2° La situation se définit, dans l'axe de l'excavation pelvienne, par le niveau plus ou moins haut de l'organe par rapport au pelvis osseux. (Figure 2)
Ainsi la situation haute ou élévation représente souvent un épiphénomène et résulte d'une traction tumorale ou une hypercorrection chirurgicale.
La situation basse, d'observation beaucoup plus courante, constitue la vaste classe des prolapsus génitaux.
Nous n'en dirons pas davantage sur les modifications extrinsèques qui ne font pas partie de notre travail.

B - Etudes des déviations intrinsèques de l'Utérus et de ses annexes.

Nous allons distinguer tout de suite entre ce qui se rattache d'une part à l'attitude et d'autre part au maintien de l'utérus.

1° L'attitude (Figure 3)

est déterminée, nous venons de le dire, par la conformation anatomique de la matrice, notamment en ce qui concerne l'angle d'antéflexion normale qui est de l'ordre de 120 à 130° environ. L'exagération de cette angulation en avant, la rapprochant de l'angle droit et même aigu constitue une Anteflexion accentuée. Elle est conditionnée par l'insuffisance de développement de l'appareil génital très fréquemment rencontré et qui conduit à une réduction de volume. Si la morphologie générale est conservée, il s'agit d'hypotrophie. A un degré plus avancé s'ajoute, à la miniaturisation, l'inachèvement des formes correspondant à l'hypoplasie.

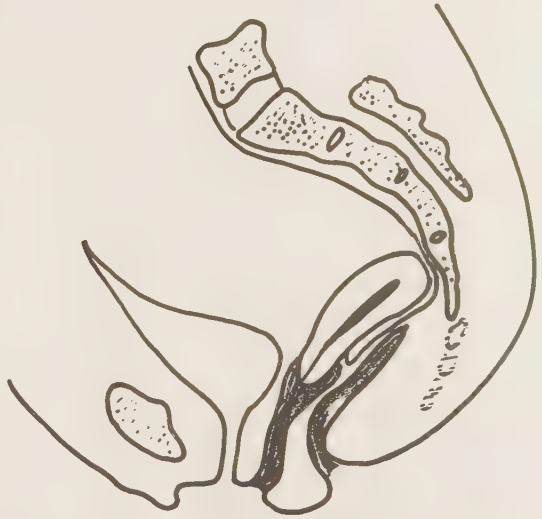
Le même phénomène développé en arrière aboutira à la Rétroflexion. S'il se développe latéralement, il s'agira de latéro-flexions droite ou gauche qui n'ont pas de signification pathologique bien particulière et se dégagent peu du contexte anatomoclinique où elles sont englobées. Elles sont d'ailleurs exceptionnelles. Enfin dans les troubles de l'attitude, nous pourrons englober les torsions utérines. Elles ne sont connues pratiquement qu'au cours de la grossesse.

2° Le maintien physiologique préalablement défini peut être soumis, tout comme l'attitude, à des variations pathologiques.

FIG. 4 - LES STADES DE LA RETRODEVIATION UTERINE

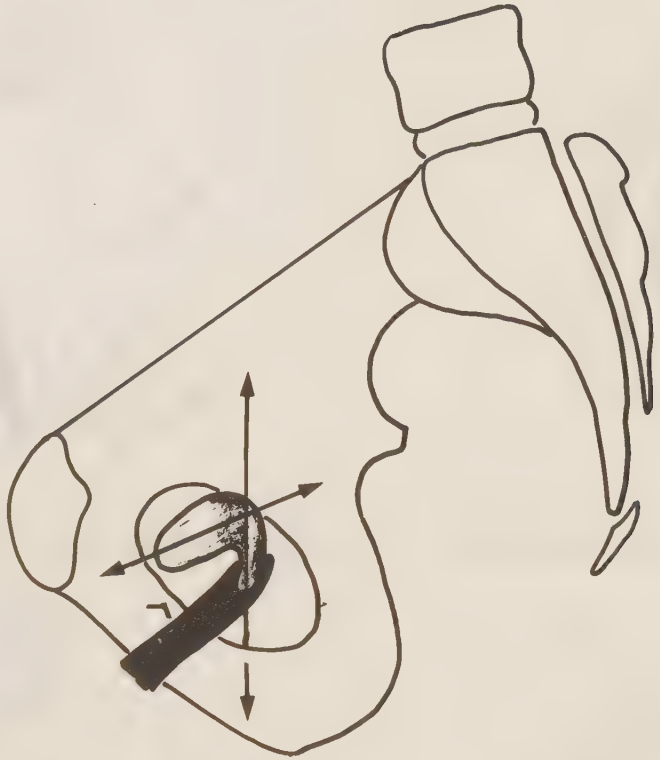
1. LOCALISATION NORMALE DE L'UTERUS

2. RETROVERSION DU 1er DEGRE OU HORIZONTAL

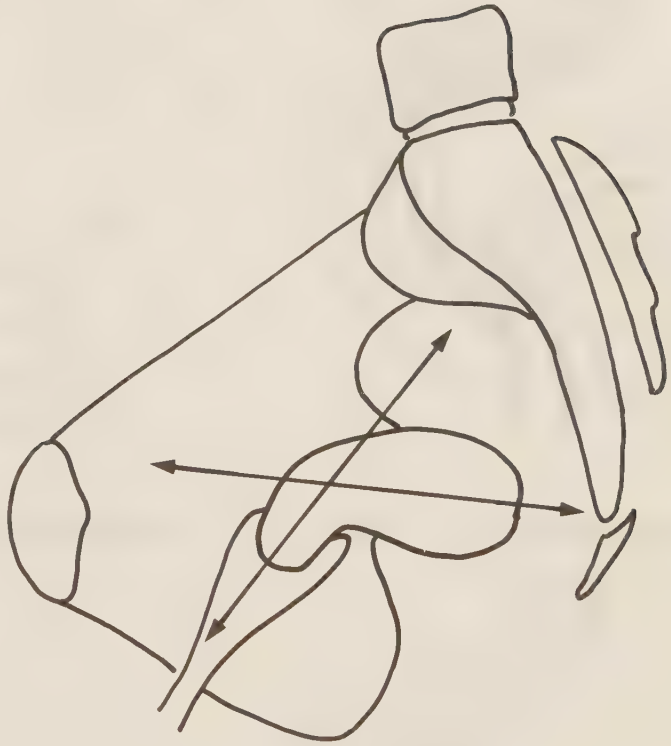


3. RETROVERSION DU 2e DEGRE OU INTERMEDIA

ANOMALIES DE L'ATTITUDE UTERINE



★ ANTEFLEXION
★ HYPOTROPHIE



★ RETROFLEXION

La suspension à la cardan de l'isthme, joint à un état d'équilibre instable (du fait que le centre de gravité de l'organe se situe au-dessus du point fixe isthmique) permet des déplacements de l'organe, dont la morphologie générale est conservée, dans toutes les orientations possibles, créant les versions utérines.

Si elles se produisent dans le plan sagittal antérieur ou dans les plans frontaux, nous constaterons des anteversions ou des latéroversions dont l'étiologie inflammatoire, circulatoire ou tumorale n'a que peu à voir avec la rétroversion qui constitue par elle-même une entité tout-à-fait différente en raison de ses modalités d'apparition.

Nous faisons remarquer ici que la rétroversion, entité pathologique, constitue une bascule postérieure permanente et non temporaire. Le rétroversions peuvent exister à des degrés variables dont nous donnons un rapide aperçu schématisé dans la figure 4 qui nous présente, en dehors de la localisation normale de l'utérus (1), la bascule horizontale ou rétroversion du 1er degré (2), la phase intermédiaire ou retroversion du 2e degré (3), pour aboutir finalement à la retroversion complète ou du 3e degré (5).

3º Mais les versions et flexions ne sont pas toujours isolées et il est courant d'observer des flexions accompagnant les rétro-versions. Elles peuvent revêtir deux types essentiellement différents :

- Le premier est représenté par la rétro-version accompagnée d'anté-flexion. Cette modalité correspond à la bascule en bloc d'un utérus hypoplasique, antéfléchi. Ce qui peut se voir dans la "Retroversion utérine juvénile" (figure 4, n° 4)
  Nous pouvons parler de Retroversion Anteflexion.

- La deuxième éventualité se matérialise lorsque l'épreuve obstétricale, par le ramollissement tissulaire qu'elle provoque, crée la bascule en arrière de l'utérus et la flexion isthmique du col réalisant la rétroversion RetroFlexion ou plus simplement Rétroversion Flexion (figure 4, n° 6).
  Une grossesse préalable n'est cependant pas indispensable pour réaliser ce tableau qui peut survenir au cours de l'évolution d'une rétroversion juvénile négligée.
  En effet, la flexibilité isthmique, que nous reverrons ultérieurement, permet à la poussée abdominale d'agir et faire fléchir l'utérus en arrière.

Nous avons vu qu'il existe diverses possibilités de flexion accompagnant la rétroversion mais la distinction entre version et flexion doit être maintenue car elle est importante à notre avis.

En effet, les versions sont des troubles statiques mécaniques. Les flexions sont des troubles plus complexes et dans lesquels l'élément trophique joue un rôle essentiel. Aussi si certains auteurs s'écartent de cette conception pour ne décrire qu'une sorte de rétro-déviation ("La distinction entre retroflexion et retroversion n'a pas d'incidence sur la décision thérapeutique" HUGIER) nous pensons que ces deux formes se distinguent par leur signe, leur pronostic et leur thérapeutique.

Leur différence est moins dans la position de l'organe que dans le trouble du développement structural et que l'on ne doit pas négliger ni méconnaître afin de corriger correctement et complétement l'affection.

Ainsi se trouvent définis et classés les différents troubles intrinsèques de la statique génitale mais leur importance clinique est loin d'être la même et du point de vue pathologique, seules méritent une étude approfondie les anteflexions et les retroversions.

==========

MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

I . MATERIEL D'ETUDE

Il se compose de 671 cas de rétroversions et de 110 observations d'antéflexion accentuée, dans laquelle on retrouve toujours un trouble trophique plus ou moins apparent de l'appareil génital.

Ces dossiers proviennent de la clientèle privée du Professeur R. CONTAMIN et de la Clinique Chirurgicale Gynécologique de Grenoble.

1° Les 671 cas de bascule postérieure se décomposent de la façon suivante :

a - 520 malades de consultation privée dont :
- . 224 cas opérés. Ils sont tous revus plus ou moins récemment. La plus jeune opérée a 13,5 ans et la plus âgée 74 ans.
- . 296 cas où l'anomalie du maintien est notée mais la malade n'est pas opérée car :
  - certains cas ne sont pas revus bien que l'indication opératoire soit fixée ;
  - certains cas sont améliorés par le traitement médical seul (formes bénignes du 1er ou 2e degré).

Ces 520 dossiers concernent la période de 1963 à 1971. En fait, ce sont plutôt des cas de malades revues entre cette période, de telle sorte que certains cas sont vus pour la 1re fois et opérés à des dates beaucoup plus anciennes. Ainsi, la 1re intervention de cette série remonte à 1937 (recul de plus de 30 ans).

b - 151 cas de rétroversion observée au centre hospitalier universitaire de Grenoble, dont :
- . 125 cas opérés et 26 cas non opérés ; la plus jeune opérée a 15 ans et la plus âgée 63.

Ces 151 cas relèvent de la période de 1954 à 1968 et la 1re intervention date de 1954 (recul de plus de 15 ans).

Nous remarquons que le pourcentage des opérées est plus fort à l'hôpital. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit le plus souvent de malades venues consulter ou envoyées par un médecin de ville pour des formes déjà avancées du 3e degré avec troubles fonctionnels plus ou moins importants.

2° Les 110 cas de dystrophie utérine avec antéflexion.

Il ne s'agit que des cas privés qui proviennent de la période 1968-1969. Il n'y a pas bien sûr de traitement opératoire et le recul le plus long est de 5 ans.

Il s'agit de jeunes-filles ou de jeunes femmes d'âge variant entre 13-25 ans avec un maximum de cas entre 19-23 ans.

L'analyse de ce matériel d'étude va se retrouver au fil des chapitres exposés.

II . METHODE D'ETUDE

Sur une étude de 781 dossiers, il est fastidieux de relater toutes les observations. Il nous paraît plus intéressant par contre d'exposer notre méthode d'étude. Elle se fait en trois étapes.

1° La 1re étape consiste à établir une "grille" sur laquelle nous notons les principales données des dossiers et que nous donnons ici.

Ce sont des cases plus ou moins grandes dans lesquelles nous ne pouvons noter que l'essentiel des dossiers.

(voir tableau page suivant

Cette 1re étape permet de donner un aperçu général, un "dérouillage" du problème. Ainsi, on pourrait remarquer par exemple :

. la fréquence du trouble de croissance (hypotrophie ou hypoplasie) dans les vices de position.
. l'importance des phénomènes algiques,de l'infection (leucorrhée, cervico-vaginite, paramétrite, douleur...).
. "l'évolution" fréquente des règles...

2° La 2e étape sera plus orientée vers certains aspects particuliers de la question.

. par exemple, nous reprenons les dossiers où le traitement est complet (préopératoire, opératoire, physico et électrothérapie post-opératoire) pour voir s'il existe ou non une meilleure amélioration.

. par exemple, nous reprenons certains cas de lésions rares (MASTER-ALLEN, endométriose).

. par exemple, nous réétudions les dossiers où il existe une complication post-opératoire pour relire de façon détaillée le compte rendu de l'intervention les difficultés techniques rencontrées éventuelles.

3° La 3e étape.Ce sont les discussions et entretiens que le Professeur R. CONTAMIN a fait l'honneur de nous accorder.

C'est l'étape essentielle et très bénéfique car il s'agit d'une étape de réflexions sur les différents aspects du problème avec cette

	NOM	LOM Madel.	LOM. Suzanne	GOU. Jacqu.	NAV.
	ANNEE DE NAISSANCE	1947	1934	1949	1937
	DEGRE	3e	3e	3e	3e
	ATCD hormonothér. pathologie	nombreux trait. horm.	Oreillons	Oreillons	Paratyphoïde
Signes fonctionnels	1res R. cycle douleur	11 ans Régu. non doul.	14 ans Régulier douleur.	13,5ans Irrég. doul.	15 ans Irrég. 0
	Evolut. des règl.	Aménorrhée vers 15 ans		aménorrhée secondaire	
	Douleur intermen.	0	+ bas ventre	+ bas ventre	+ bas ventre
	Dyspareunie		0	+ (à l'entrée)	0
	Libido	Faible	+	Faible	
	Leucorrhée	++	+	++	++
	Trouble urinaire		Cystite parfois		
	Trouble digestif				
	Trouble psychiq.	Nervosisme		Mémoire Attention	+ Nervosisme
Examen	Vagin			Vaginite	
	Col		Cervicite exulcérée	Cervicite	Cervicite
	Corps	Hypotrophie Métrite	Hypotrophie	Hypotrophie	
	Trompes	atrophiques		Normales	Normales
	Ovaires	OSK D>G	OSK+Endométriose ov. D	OSK G	
	Paramètres	LLL G>D	Déhiscence LL Allen-Master	Bilatéral	Param. Post.
	Sein				
	Paroi abdominale				
	Divers	Varicocèle Varice MI Obèse	Varice MI		Tble circul. MI
Antécédent obstétric.	Nombre	0	2 ans 1/2 Mariage		2
	Evolution FC	0	Stérilité involontaire		0
	Acc. et suites				< à terme viv. acc. provoq.
Traitement	Trait. préopérat.	IR + OC	Habituel.ECG		
	Pexie	1969:Doleris	1965:Doleris	1969:Doleris	1964:Doleris
	Intervent. compl.	RésectionOVD ↗ ↘ Salpin.bilat.	SutureLigLarge Annexectomie Appendicecto.	RésectionOVG Appendicecto.	Résection Ov. bilatérale
	Trait.postopérat.	IR+OC	IR+OC		IR+OC
Résultats	Immédiats-1mois	Simples	Simples	Simples	Hématome Paroi
	Eloignés	1971 UtérusBP Règles régul. Excellent EG	1966 1 FC 1969 1 ♀ Au N 1971 Utérus BP Amélioration++	1971 Règ.régu. Amélior.psych. Bon EG	1970 Bon EG Utérus BP

CL.Yvette	RIV. Nicole	FONT. Denise	DES.	DER. Josette
1938	1949	1927	1913	1936
3e	2e	3e	3e	3e
		Hormonothérap.		RAA → IM
14ans Irrégulier Douloureu.	15ans 1/2 Régul. non dou.	17ans Irrégul.	14ans Irrégulier Douleur ++	14ans Régulier non doul
Irrégulier	Régulier	Aménorrhée 2e		
++		BV +		0
Vaginisme	douleur profonde		0	
Frigidité	faible			
Cystite		Cystocèle incont.		Cystite parfo
Dépression nerv.	Mémoire			
		Dilaté		
Endocervicite	Cervicite	Cervicite		Cervicite
Hypométrite	Hypométrite		Congestif	normal
Inflam. D				normal
OSK D>G	OSK D>G		Normaux	OSK G>D
	Param. bilat.	Paramétrite		Déchirure Li large G (A.M
		Event.		
Varicocèle		Rectocèle		Varicocèle
1	0	2	4ans Mariage	2
		0	Stérilité inv.	
A terme		ForcepMortNé Mort15ansSarcome		Mortnée(malfo A terme
Habituel	ECG			Posture pend 2e grossesse
1960 Doleris + Wylie	1970 Doleris	1966 Triple Op. Vagin	1937 Proude Villard.	1965Doleris+V
Résection OV D	Résection OV D	Cure Paroi		Suture ligam large
Salpingolysis				RésectionOV Appendicecto
	IR + OC			Simples
Simple	Simple	Simple	Simple	Simple
Amélioration mais encore douleurs	Excellent 1971 1erEnfant N	1967 revue Excellent	4 Acc N dans suites 1965 Utérus BP	1967 3e enfa 1971 Utérus Amélioral. d crête Doul.

fois les chiffres et les détails des dossiers. La grande expérience et l'esprit d'observation très poussé de notre maître nous permettent de réaliser certains aspects qui échappent à l'analyse des dossiers et que nous avons déjà fait remarquer en partie au début du travail.

C'est en fin de compte cette étape qui nous permet de "remettre les idées en place" et d'exposer les diverses conceptions originales retrouvées dans ce travail.

==========

E T I O P A T H O G E N I E

I . LA FREQUENCE

Plusieurs types de "fréquence" peuvent être étudiés :

a) la fréquence réelle de l'affection est difficile à juger :
Pour avoir une idée, il faudrait faire un dépistage systématique de la malposition dans un échantillon de population féminime prise au hasard, et à grande échelle.

b) la fréquence par rapport aux nombres de consultantes de gynécologie :

- Nous avons trouvé, concernant la R.U., un pourcentage de 16,8 % ((520 sur 3 087 consultantes) dans la clientèle privée et 4,3 % (151 sur 3 512) parmi les malades hospitalisées.
  Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la patiente vient consulter beaucoup plus facilement un spécialiste de ville pour des signes encore peu importants.

- Concernant les Anteflexions plus ou moins accentuées, nous avons noté 16 %. Elles concernent uniquement la clientèle privée du Professeur CONTAMIN.

c) la fréquence des Retroversions trouvées par rapport au nombre de grossesses :
Nous avons noté :

- 44 % des malades sont nullipares,
- 22 % sont primipares,
- 33 % sont multipares.

Ces chiffres, joints à ceux d'ANTOINE (Vienne) qui a noté dans sa statistique 2/3 de retroversions antegravidiques et seulement 1/3 post. gravidiques, nous permettent déjà de dire que la gravidité n'est pas la cause essentielle des vices de position comme il a été classiquement admis. Cette notion est encore plus vraie si l'on pense que parmi ces malades plusieurs présentaient déjà l'anomalie avant la grossesse et que l'absence d'un examen antérieur ne permet pas de les ranger dans la catégorie des rétroversions utérines chez la multipare.

d) la fréquence des formes muettes de R.U. :
Il est classique de dire que ces formes sont fréquentes (20 à 60 %). L'analyse de nos dossiers ne permet pas d'avoir une opinion exacte. En effet, il s'agit essentiellement des malades de gynécologie c'est-à-dire qui viennent consulter parce qu'elles ont des troubles gynécologiques plus ou moins divers. Pour avoir une idée plus réelle de la question il faudrait faire une analyse des retroversions dépistées systématiquement dans la population.

A titre comparatif dans cette étude de fréquence, citons ici certains chiffres retrouvés dans la littérature, concernant la R.U. :

- 12 % des affections utérines, 10 % des consultantes (HUGIER).
- 15,40 % pour SAUGER, 19,10 % pour WINCKEL, 9 % pour MARTIUS.
- FRUHINSHOLZ : 20 % de retroversions post gravidiques.
- Maternité Port-Royal : 3,6 % des consultantes, 21 % de formes asymptômatique et 79 % de formes s'accompagnant de troubles.
- Mac FAYDEN : 15 % des consultantes, 57 % de cas "muets" cliniques.
- Statistique d'un gynécologue parisien : 18 % des consultantes 59 % de formes asymptômatiques (cité par SARFATI).
- 2/3 des formes sont latentes pour HUGIER alors qu'elles sont de 60 % pour VARANGOT.

II . LE TERRAIN DE LA RETRODEVIATION

Une typologie féminine particulière est fréquemment décrite chez les femmes atteintes de retrodéviations.

Depuis POZZI déjà, on connaît que les malpositions primitives évoluent souvent sur un terrain très spécial. Cliniquement, il s'agit de femmes minces, longilignes et asthéniques en permanence. Ce sont des sujets hypotoniques, hyperxitables et ces deux caractères se retrouvent aussi bien sur le plan général que régional.

- Ce sont le plus souvent des femmes au psychisme labile. Elles sont anxieuses, angoissées, dépressives, vite fatiguées et une petite contrariété, un effort physique ou intellectuel suffit à déséquilibrer leurs troubles préexistants.

- Par ailleurs, elles présentent un relâchement tissulaire généralisé et toujours une certaine laxité ligamentaire et de fixation des organes intra et sous-péritonéaux, avec-leur cortège de troubles fonctionnels (Asthenia Universalis de SELLHEIM et JASCHKE),

  -dyskynésie biliaire, colique spasmodique,
  -polyptose viscérale,
  -douleurs lombosacrées, laxité des articulations...

Du point de vue pratique, la connaissance de ce terrain spécial impose la recherche systématique des autres troubles toutes les fois qu'une malade vient consulter pour l'un d'entre eux.

De nombreux auteurs ont consacré des articles et mémoires concernant ce terrain particulier :

- BRETECHE lui attribue une origine hypophysaire et l'insuffisance hypopituitaire détermine une dystrophie génitale et générale par déficience de STH et d'hormones gonadotropes.

- Pour l'école Homéopathique, ce syndrome de laxité ligamentaire et d'hypotonie musculaire strié et lisse serait dû à un excès de Fluor : la "Constitution Fluorique".

- RICHELOT et SIREDEY font jouer un rôle capital au "Neuro-Arthritisme". Le relâchement tissulaire observé est la conséquence

essentielle d'un trouble nutritionnel et serait propre à "l'arthritisme".

- Les conceptions modernes expliquent ce terrain par des notions de maladie du système, de maladie du tissu conjonctif et du système musculaire.

Au fait, il faudrait voir dans cette notion de typologie particulière un argument de plus en faveur de l'importance de la congénitalité dans la genèse des retroversions et que nous allons envisager dans le chapitre ci-après.

III . ETUDE PATHOGENIQUE

Nous opposons dans cette étude
- les retroversions essentielles habituellement mobiles ou mobilisables,
- et les R.U. "acquises", le plus souvent fixés et qui constituent 1 épiphénomène.

A - Nous envisageons d'abord la pathogénie de ces dernières car elle est classique et relativement claire.

S'il faut remarquer qu'il est difficile d'être affirmatif de façon absolue sur l'acquisition 2e du trouble de la statique sans un examen comparatif antérieur, le mécanisme de ces retrodéviations est cependant facilement compréhensible.

a) une lésion tumorale -fibromyome utérin, tumeurs des ovaires- repousse l'organe gestateur du côté opposé et crée, selon la localisation, les différents types de malpositions possibles.

b) les infections génito-pelviennes, par les adhérences qu'elles créent et par les phénomènes cicatriciels et plastiques de scléroses qui en découlent, peuvent faire basculer et fixer l'utérus dans une position vicieuse.

Si elles ont perdu de leur importance depuis l'ère des antibiotiques, certaines restent cependant d'actualité :

- la tuberculose génitale, surtout les formes latentes évoluant à bas bruit, est dépistée de plus en plus fréquemment.

- les infections appendiculaires sont toujours aussi nombreuses.

- les pelvipéritonites post-abortum sont fréquentes et restent toujours un problème "à la mode" et grave.

- la blenorragie, efficacement combattue par les antibiotiques, semble "reprendre du terrain" selon les statistiques.

- l'endométriose est un problème toujours discuté.

- Certaines parasitoses, comme la bilharziose génitale, fréquentes dans les pays infestés, représente une "maladie d'avenir" avec l'évolution du tourisme.

Dans un même ordre d'idées, toutes irritations du petit bassin peuvent créer des phénomènes adhérentiels péri-utérins qui fixent l'utérus.

Par exemple : Epanchements sanguins dans la chirurgie pelvienne.

c) nous ne faisons que citer ici certaines étiologies parfois évoquées :

- Séjour prolongé au lit, par maladie avec amaigrissement.

- La masturbation et l'excès de coït entrainent une débilitation générale et une congestion pelvienne provoquant la rétroversion utérine (HILDEBRAND, BROWN, DEROYE).

B - La Pathogénie des rétroversions utérines essentielles est obscure et discutée.

1° Diverses hypothèses sont avancées

a) la théorie génétique n'est pas à dédaigner car il existe certaines familles de "retroversées" où mère, fille et soeur présentent les mêmes vices positionnels. C'est une preuve indirecte de l'héridité mais jusqu'à ce jour aucune démonstration génétique formelle n'a été encore apportée.

b) hypothèse hormonale
. Des travaux antérieurs basés sur des investigations très complètes et poussées, un fait semble acquis : il existe presque toujours un terrain hormonal dans la retroversion essentielle : déficience endocrinienne, troubles de l'ovulation, déséqullibre hormonal ovarien en faveur des oestrogènes.
. La question qui se pose est de savoir si ces perturbations sont la cause ou la conséquence des troubles de la statique utérine.
. Pour AUDIT, BRETECHE et MAURIN, les phénomènes neuroendocriniens locaux seraient responsables de la déviation :

- une hyperfolliculinie entraineraît un développement exagéré de la face antérieure de l'utérus et le basculerait en arrière.
- à l'inverse, la carence oestrogénique détermine une antéversion par arrêt de développement de cette face.

Bien que l'expérimentation animale ne soit pas concluante (animal utilisé non idéal, protocole d'expérimentation critiquable), c'est une théorie assez séduisante.
. Pour GARSON, le primum movens serait un trouble de réceptivité hormonale de l'endomètre. Cette métrose de réception engendre, par l'intermédiaire du chef d'orchestre endocrinien hypophysaire, des troubles hormonaux et la déviation postérieure.

c) théorie congénitale et infantile

La retroversion existe-t-elle déjà dès la naissance ou se développe-t-elle au cours des années pubertaires ?

- origine congénitale : Si J.L. FAURE relate un cas de retroversion observée chez le foetus, il est évidemment très difficile de juger à ce stade foetal car le col utérin importe de beaucoup sur le corps.
La constatation indubitable du défaut n'est possible que quand la croissance du corps utérin est déjà avancée (années pubertaires).
Par contre en faveur de la congénitalité, on pourrait noter que très souvent le défaut utérin n'est pas unique, frappant isolément l'utérus mais qu'il fait partie d'un ensemble atteignant également les annexes, plus extensivement le bassin, la partie inférieure de la paroi abdominale et même l'organisme tout entier.
La longueur excessive du col, allongement de la lèvre antérieure en "museau de tapir", la brièveté du vagin sont des citations classiques.

- d'autres auteurs comme SCHULTZE sont plutôt en faveur de l'origine infantile. C'est aussi l'avis de JEFFCOATE qui associe la retroversion à un défaut de développement utérin.

2° Nous avons vu les principales théories pathogéniques. Mais quels sont leur rôle et leur part exacts dans la genèse de la déviation ?

A notre avis, deux éléments essentiels s'intriquent de façon plus ou moins intime pour créer le défaut de la statique utéro-annexielle.
. d'une part un facteur anatomique constitutionnel,
. et d'autre part, un trouble du développement génital.

a) facteur anatomique constitutionnel

Il est conditionné soit par la congénitalité, soit par l'hérédité, soit même peut-être par la race.
Ce facteur constitutionnel explique ce terrain particulier dans lequel évoluent les RU et que nous avons déjà vu précédemment : malades présentant un psychisme instable, des troubles endocriniens divers et surtout un relâchement tissulaire général et local créant un état hypotonique permanent.
Cet état d'atonie utérine et ligamento-musculaire de constitution joue un rôle important dans la genèse et le déclenchement de la bascule postérieure de l'organe.
En effet, on connaît les "états" temporaires de retroversion après accouchement. Une récupération de la tonicité fait "redresser" l'utérus.

Par ailleurs, on connaît cette expérience de MACKENRODT : au cours de plusieurs laparotomies, l'auteur a coupé les deux ligaments ronds à 2 cm de leur insertion, a porté fortement la matrice en arrière, a bourré entre elle et la vessie des anses intestinales. L'utérus, de tonicité normale, se redressait spontanément.

De même, dans certaines maladies chroniques, avec alitement prolongé et amaigrissement, la baisse de tonicité provoque la bascule postérieure de l'organe.

Dans un même ordre d'idée, on peut aussi inclure ici la notion de rétroversion utérine sur les cadavres : l'atonie post mortem permet la bascule en arrière sous l'effet de la pesanteur.

C'est également sur cet état anatomique de constitution que vont jouer d'autres influences et que nous allons revoir.

2° Le trouble du développement

C'est lui qui, selon le degré d'insuffisance, va conditionner l'état d'hypotrophie ou d'hypoplasie utérine retrouvé dans les vices de position.

Il est également influencé par divers facteurs que nous allons étudier maintenant.

3° Les facteurs néfastes : les uns jouent plus particulièrement sur le facteur développement, les autres sur le facteur anatomique constitutionnel.

a) facteurs agissant sur la croissance utérine

. Les troubles hormonaux de la période prépubertaire et pubertaire, favorisés par le terrain endocrinien prédisposant, vont retentir de façon défavorable sur l'accroissement de l'appareil génital.

. Les maladies de l'enfance,et particulièrement les oreillons dont la prédilection glandulaire est moins connue chez la fille que chez le garçon mais tout aussi évidente, méritent une place de choix dans le déterminisme de la dystrophie utéro-ovarienne.

. L'influence des mauvaises conditions d'hygiène, d'une alimentation insuffisante et mal équilibrée auxquelles a pu être soumise la petite fille ont été avancé et l'expérience des dernières guerres en témoigne (travaux de KLEINE, WEHEFRITZ, GIERHAKE et WEIDENBUSCH sur l'hypotrophie utérine).

. Mais le développement de l'utérus peut être également influencé par un terrain anatomique prédisposant :

- défaut de réceptivité de l'Utérus (MORICARD)
- insuffisance primitive de la vascularisation du myomètre (REYNOLDS, FELD RICHARDS)

Ainsi on conçoit l'importance du facteur anatomique lui-même conditionné par la congénitalité (ou héridité).

c) facteurs influençant plus particulièrement sur le facteur anatomique

. Rôle des traumatismes. On implique parfois certains traumatismes dans la genèse des retroversions utérines : chute à vessie pleine, équitation, voyage en moto sur mauvais sentier...
SEDLAKOVA, sur 35 cas de retroflexion utérine chez des fillettes a insisté sur l'importance du traumatisme.
En fait, si dans certains cas on peut difficilement réfuter complètement la relation de cause à effet, nous pensons que ces étiologies sont plutôt révélatrices ou déclenchantes que réellement créatrices de la lésion. Ces notions posent cependant parfois des problèmes d'expertise délicate de Médecine Légale surtout quand le traumatisme est chronique et prolongé.

. De même, l'influence des différentes forces (pesanteur, poussée abdominale) que nous allons revoir dans la physiologie ainsi que l'action des viscères creux voisins (modification de la vessie, constipation chronique) peuvent retentir de façon efficiente sur les défauts de la statique que quand il existe un terrain anatomique favorisant.

. Reste le rôle de la Gravidité :
Jusqu'à maintenant, la gestation et l'accouchement,pour les auteurs classiques, jouent un rôle essentiel dans la genèse de la déviation postérieure.

Pour nous, la réalité des choses est un peu différente.

- Nous avons vu déjà, dans l'étude des fréquences des rétroversions utérines, un très fort pourcentage de formes prégravidiques.

- La notion du terrain particulier des rétroversions utérines essentiel ajoute un deuxième argument en faveur d'un état anatomique spécial prédisposant.

- Troisième argument. Malgré la pratique et la surveillance étroite des accouchements, il existe encore des retroversions post-gravidiques. Ceci prouve donc l'existence d'un état préexistant manifeste et sur lequel on ne peut agir.

- Enfin et pour compléter, l'expérience de la Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence du Professeur CONTAMIN, en prenant en considération la jeune patiente dès son jeune âge et en surveillant son évolution ultérieure, nous permet de dire que la gravidité n'est qu'un simple facteur aggravant.

Elle ne fait que provoquer et précipiter l'achèvement d'un processus déjà inscrit bien auparavant dans la destinée de la future mère. Pour nous, il n'existe pas une différence de nature entre retroversion pré et post-gravidique. C'est un même processus qui s'enchaîne dans le temps et les déviations utérines essentielles sont très précoces, prépubertaires.

4º Les facteurs favorables

Ils sont essentiellement thérapeutiques.

La connaissance des éléments aggravants permet d'agir sur eux pour diminuer la fréquence des troubles positionnels.

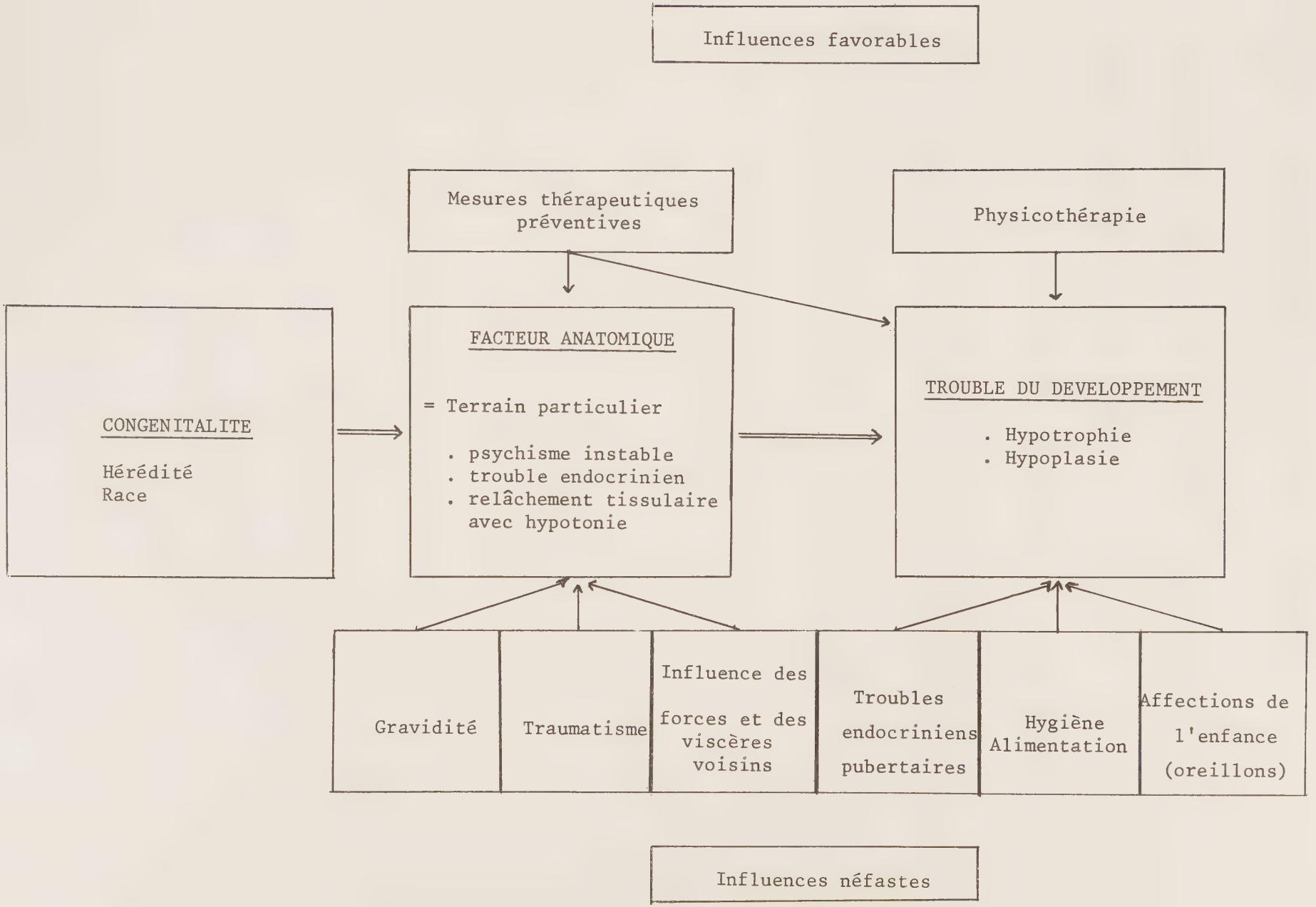
. Ainsi, on pourrait agir sur le facteur développement en conseillant une meilleure hygiène, une alimentation équilibrée, en traitant de façon correcte une maladie d'enfance.
De même la physicothérapie peut avoir une influence bénéfique sur la croissance utérine en activant la circulation et augmentant la sécrétion hormonale des ovaires.

. Ainsi, vu l'effet néfaste de la gravidité, on peut atténuer ses conséquences par une pratique de l'accouchement préparé, hormonovitanique, des manoeuvres obstétricales douces, une prévention de l'infection post-puerpérale. La gymnastique rationnelle après accouchement, le lever précoce ainsi que le traitement positionnel sont également conseillés.

. Pour éviter l'effet des traumatismes chroniques, on peut préconiser la vidange régulière de la vessie surtout avant tout exercice physique.

EN RESUME

1º Nous pouvons schématiser l'influence des différents facteurs dans le tableau ci-après.


Influences favorables
Mesures thérapeutiques préventives
Physicothérapie
CONGENITALITE
Hérédité
Race
FACTEUR ANATOMIQUE
= Terrain particulier
. psychisme instable
. trouble endocrinien
. relâchement tissulaire avec hypotonie
TROUBLE DU DEVELOPPEMENT
. Hypotrophie
. Hypoplasie
Gravidité
Traumatisme
Influence des forces et des viscères voisins
Troubles endocriniens pubertaires
Hygiène Alimentation
Affections de l'enfance (oreillons)
Influences néfastes

2º La prédominance relative des deux facteurs anatomique et croissance pourrait expliquer divers troubles statiques :

- *L'importance de l'atteinte anatomique entrainera une rétroversion.*
- *La prédominance du trouble du développement va créer une hypotrophie ou hypoplasie utérine avec anteflexion plus ou moins accentuée.*
- *La combinaison plus ou moins équilibrée des deux facteurs explique la rétroversion d'un utérus hypotrophique.*

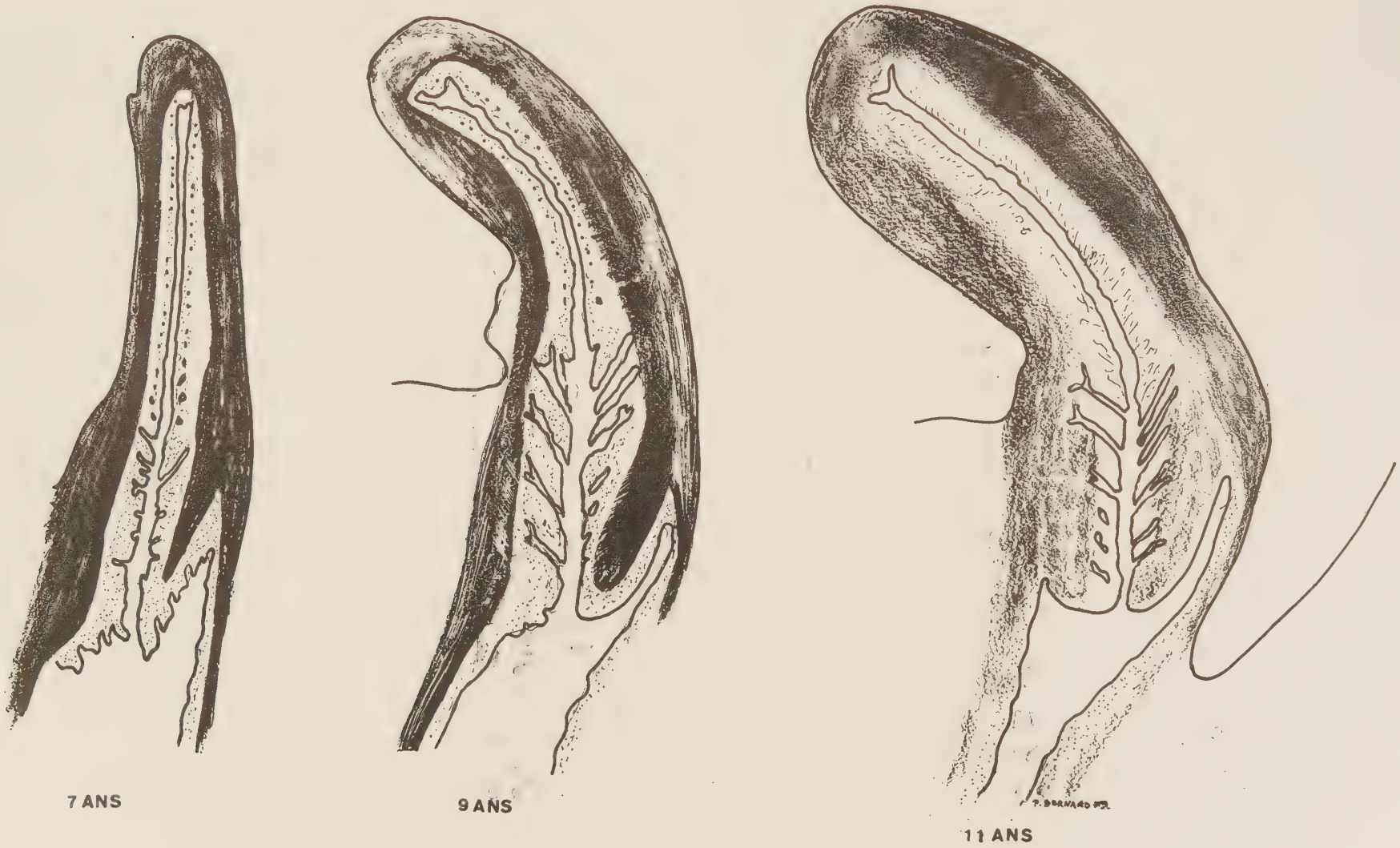
3º Contrairement aux notions classiques, nous distinguons formellement :

- *D'une part, les retroversions essentielles qu'elles soient juvéniles ou post-gravidiques et dans lesquelles le défaut statique, avec dystrophie utéro-annexielle plus ou moins apparente, constitue une maladie autonome.*
- *Et d'autre part, les retroversions acquises post-infectieuses ou autres et dans lesquelles la déviation n'est qu'un épiphénomène.*

==========

A N A T O M O - P H Y S I O P A T H O L O G I E

FIGURE 5 : LA CROISSANCE NORMALE DE L'UTERUS



A 7 ANS : STADE PREPUBERTAIRE

Le rapport de la longueur du Corps et de celle du Col est égal à 1.

DE 9 A 11 ANS : LA POUSSEE DE CROISSANCE UTERINE DE LA PERIODE PUBERTAIRE

Nous rappelons successivement dans l'étude des troubles intrinsèques génitaux qui nous intéresse :

- La croissance anatomique de l'Utérus,
- La position normale de l'organe dans la cavité pelvienne,
- L'anatomie fonctionnelle et chirurgicale des ligaments ronds,
- L'étude des différentes forces auquel l'Utérus est soumis,
- Anatomie pathologique des rétroversions utérines.

A . LA CONNAISSANCE DU DEVELOPPEMENT NORMAL

de l'Utérus permet de situer à quel moment s'effectuent les troubles de croissance responsables de l'hypotrophie et de l'hypoplasie utérine fréquemment rencontrée dans les vices de position génitale.

- Chez le foetus féminin, le col présente une structure compliquée avec de nombreux plis cervicaux et sa longueur est nettement prédominante par rapport à celle du corps (BELONOSCHKIN).

- A la naissance, cette disproportion s'atténue et les rapports sont à peu près égaux.

- Chez la fillette la croissance utérine est très lente, de telle sorte que les proportions d'un utérus d'une nouveau-née et celles de la matrice d'une fillette de 7 ans sont à peu près identiques.

- Ce n'est qu'au cours des années prépubertaires et pubertaires que l'Utérus subit une deuxième poussée de croissance qui va l'amener, en quelques années, au stade adulte (figure 5).
  Cette maturité qui est sous l'effet des oestrogènes ovariennes ne serait pleinement atteinte que vers la 18e année (MEAKER-JEFFCOATE).

Des travaux de PHILLIP (1950), ROUQUET (1950), BELONOSCHKIN (1959), PALMER (1964), il semble que la forme définitive de la cavité utérine serait acquise déjà 3 mois avant la naissance et que les malformations utérines se produiraient entre le 3e et le 5e mois embryonnaires (Hysterographies des organes foetaux de PHILLIP).

Par contre, l'hypoplasie utérine devrait vraisemblablement découler d'un trouble de croissance au cours de la période prépubertaire et pubertaire alors que la différenciation et le développement in utero s'étaient normalement déroulés, du moins apparamment (R. PALMER). En effet, cette insuffisance du développement structural de la période obscure prépubertaire et pubaire ne font qu'objectiver une prédisposition congénitale (R. CONTAMIN).

B . RAPPEL DES POSITIONS NORMALES DE L'UTERUS

1° La localisation utérine :
Elle varie au cours de la vie de la femme :

- dans l'enfance, l'utérus est un organe abdominal.
- chez la femme adulte, cette situation devient pelvienne pour devenir à nouveau en position abdominale au cours de la grossesse.

2° La position de l'utérus :
Organe doué d'une grande mobilité, la position de l'Utérus varie également sous l'influence de différents facteurs physiologiques de telle sorte qu'il faut admettre avec RIEFFEL qu' "il n'y a pas une mais des positions normales de l'Utérus : il y a une position normale primaire et il y a des positions normales secondaires".

a) pour définir la localisation utérine, il faut donc préciser des conditions exactes et "chez la femme vivante, vierge ou nullipare, en position debout, vessie et rectum à l'état de vacuité"(RIEFFEL) l'Utérus est à la fois anteversé et antefléchi :

- l'angle d'anteversion est d'environ 60°,
- l'angle d'anteflexion (de l'ordre de 100 à 120° pour RIEFFEL et de 140 à 170° pour TESTUT) est très fermé dans l'hypoplasie utérine et s'ouvre dans les retroversions.

Par ailleurs, c'est un organe retrosymphysaire qui se projette en arrière au niveau de l'interligne sacro-coccygienne et latéralement à la hauteur des épines sciatiques.

Ainsi se trouve définie la position primaire de la matrice.

b) les variations secondaires des positions utérines sont fonction des divers facteurs et notamment du degré de remplissage des organes pelviens et de la poussée abdomino-thoracique d'effort.

- la vessie pleine repousse l'utérus et ouvre l'angle de flexion. L'arc de cercle de déplacement de l'utérus peut ainsi atteindre 60 à 70°.

- la réplétion du rectum exagère l'anteversion (DELBERT).

- A l'effort, l'utérus se déplace de quelques centimètres vers le bas et vers l'arrière et la limite physiologique du déplacement du col vers le bas est l'horizontal mené par la pointe du coccyx. Ce col reste, par ailleurs, toujours en arrière de la verticale menée par le cap anal et la distance du col au coccyx est inférieure à la moitié et parfois du 1/3 de la distance Col-Pubis (travaux de BETHOUX et BORY).

La connaissance des positions normales de l'utérus permet, au cours du traitement chirurgical des retroversions, de le replacer en situation ni trop haute, "suspendant" l'organe, ni trop basse, gênant la fonction vésicale, mais en position retrosymphysaire physiologique.

C . L'ETUDE DE L'ANATOMIE FONCTIONNELLE ET CHIRURGICALE DES LIGAMENTS RONDS

Elle est intéressante pour la pratique des ligamentopexies utérines. Des différents travaux antérieurs, retenons ici les principales notions :

1º Les ligaments ronds jouent un rôle indiscutable et l'anatomie comparée le prouve (ils sont absents chez les animaux quadrupèdes où l'utérus repose sur le ventre, et sont développés chez la femme en position debout.).

Mais son rôle est, non pas celui de suspension mais simplement d'amarrage de l'utérus en avant tel une "corde attachant un bâteau à la rive". Une solidité et une résistance considérable ne sont donc pas indispensable pour ce rôle.

Cependant à l'état normal, ils peuvent résister souvent à une traction de près d'un kilogramme (BEURNIER).

2º Quel que soit leur état, il reste (9 fois sur 10 pour GOSSET) une portion juxta-utérine épaisse, longue de 4 à 5 cm et suffisamment résistante pour pratiquer une ligamentopexie.

Le point de moindre résistance correspond au coude, au niveau de l'orifice inguinal profond (TESTUT).

3º Dans sa position externe, bien qu'ils soient recouverts par la séreuse péritonéale, il est cependant facile de séparer à ce niveau les ligaments du péritoine car ils sont unis par des adhérences assez lâches (TESTUT). C'est ce qui permet les techniques de raccourcissement extra-péritonéal.

4º Les ligaments ronds ne sont pas de simples cordes inertes mais constituent des haubans d'amarrage dont la musculature lisse qui se prolonge jusqu'au niveau du col utérin (IVANOFF) possède une texture fonctionnelle synergique de la contraction du myomètre :

- SHERRINGTON détermine des inclinaisons latérales de l'utérus en escitant électriquement les ligaments ronds des chattes.

- ZIEGENSPECK, en les paradisant chez une femme suppliciée, aurait vu des contractions de ces fibres musculaires lisses.

- Cette notion fonctionnelle exclut les procédés de section raccourcissement type MOCQUOT qui lèsent la vascularisation et altèrent la trophicité ultérieure des ligaments.

5º Pour SCHULTZE, ces ligaments aigiraient par une action couplée et harmonique avec les ligaments utéro-sacrés pour assurer l'anteversion utérine.

D . ETUDE DES DIFFERENTES FORCES AGISSANT SUR L'ORGANE GESTATEUR

Une meilleure compréhension des troubles de la statique utérine doit envisager l'organe au sein de la cavité abdomino-pelvienne qui forme un

espace fermé, en partie par des parois musculaires, et en partie par des éléments osseux rigides.

Quelles sont les forces qui réagissent dans cette cavité ?

1º Dans cet espace vide d'air, se trouve des organes pleins et des viscères creux qui se pressent intimement les uns contre les autres formant un tout cohérent, véritable entité fonctionnelle. Cette force de cohésion viscérale, proportionnellement à la surface des organes, joue un rôle certain. Vu la petitesse de surface de l'utérus ce rôle isolé est minime, mais viennent alors s'ajouter les surfaces relativement grandes des ligaments larges (LANGREDER) pour augmenter cette force sur l'utérus.

Par ailleurs, ce bloc viscéral, composé en majeure partie de liquide, exerce selon sa masse et sa forme et selon les lois de l'hydrostatique une pression qui se distribue de façon égale dans toutes les directions et que les auteurs allemands (SELHEIM, AMREICH) appellent "Turgor".

A cette pression viscérale, la paroi abdominale exerce un tonus opposé et adapté de telle sorte qu'il en résulte un état d'équilibre. Cette capacité d'adaptation raffinée entre contenant et contenu fut appelée par SELHEIM le "Turgor Tonus" (ou Tuto).

2º Par ailleurs, à la station debout, les organes abdomino-pelviens sont soumis à la pesanteur qui les attirent vers le bas. Cette force descendante se trouve en partie neutralisée par l'existence de zone de pression négative sous diaphragmatique.

En effet, sur la femme debout, l'élévation du diaphragme au cours de la respiration et l'action de la masse hépatique qui agit vers le bas créent, par un mécanisme élémentaire de pompe aspirante, une zone de vide sous-hépatique qui passe par un maximum lors de l'expiration.

"Les organes abdominaux sont soumis donc à l'aspiration du diaphragme comme le remou du sillage d'un bâteau" (LANGREDER).

Cette force ascendante, évaluée à 2 kilogrammes selon PFULL permet de comprendre que dans ce système fermé de la cavité abdominale, les poids apparents et relatifs des organes ne sont que de quelques grammes.

Ainsi, l'Utérus non gravide peut peser de 2 à 10 grammes. Quand il est gravide, il pénètre par sa croissance dans les couches de pressions et ne pèse pas plus lourdement

3º L'utérus est encore soumis à l'influence des différents viscères et en particulier des deux émonctoires physiologiques pelviens que sont la vessie et le rectum.

Leur état de réplétion ou de vacuité vont retentir sur l'utérus pour modifier sa situation primaire et lui donnant alors les différentes localisations physiologiques secondaires.

Le grêle et le côlon pelvien aussi jouent de même un rôle influençant sur la statique utérine.

4º Enfin, l'utérus est soumis à d'autres forces au cours de l'effort c'est-à-dire au cours des contractions musculaires pariétales volontaires. Nous schématisons ici les résultats et conclusions des travaux de BETHOUX, BORY, HUGIER et CHEAO SEANG LAM.

Les organes pelviens, au cours de l'effort sont soumis à deux forces opposées :

- l'une, la poussée d'effort, est la contraction du diaphragme musculaire abdomino-thoracique agissant vers le bas. Elle est assistée, chez la femme en position debout, par le poids des viscères qui est peu important d'ailleurs comme nous avons vu précédemment, à l'état d'équilibre.

- l'autre, l'effort de retenir, est la contraction du diaphragme musculaire pelvien périnéal qui neutralise la poussée d'effort et la surcharge pondérale des viscères. Dans ce rôle, il est aidé par la souplesse des articulations de la ceinture pelvienne, qui permet le rapprochement des ailes iliaques, assouplissant et harmonisant ainsi la tension.
  De même l'inclinaison du bassin et la surface en biais du releveur diminuent la charge sur ce diaphragme pelvi-périnéal (LANGREDER).

Basés sur l'étude des empreintes vaginales et le colpo-recto-cystogramme, les auteurs sus-cités arrivent aux résultats suivants :

- au cours de l'effort, l'organe gestateur se déplace en bas et en arrière sous l'influence d'une force de poussée s'élévant jusqu'à 10 Kg/cm2 (FARABEUF).

Il garde contact avec le rectum et en verrouillant le cul-de-sac de Douglas vient prendre appui très en arrière du cap anal, sur la butée coccygo-raphelienne. Dans son déplacement, il reste dans la moitié postérieure de la cavité pelvienne.

- au cours de ces déplacements, le bloc viscéral pelvipérinéal est soumis par ailleurs à la suspension élastique de deux systèmes d'amarrage de direction perpendiculaire, à savoir selon BETHOUX et BORY :
. un amarrage antérieur : le retinaculum urovaginal essentiellement actif et dynamisé par les releveurs.
. un système postérieur : le retinaculum vésicogénital postérieur, peu élastique et essentiellement passif.

- enfin dans l'enceinte pelvienne assimilée à un élément de tore creux, si la résultante des forces de poussée fait déplacer l'organe de la maternité en bas et en arrière, la suspension isthmique place le corps utérin dans l'axe des forces de pulsion dirigées en bas et en arrière et le col dans l'axe de celles qui sont dirigées en bas et en avant.

Ces conditions dynamiques assurent en partie l'anteflexion utérine.

Des études des forces exerçant sur l'utérus, que peut-on en conclure ?

1° Si les topographies des différents viscères pelviens sont légèrement variables du fait même de ces différentes forces en présence, elles évoluent cependant dans des limites physiologiques en dehors de tous les facteurs pathologiques.

Ce qui importe,du point de vue physiopathologique, n'est cependant pas ces légères variations positionnelles mais la nécessité d'un état d'équilibre permanent que ces différents organes doivent conserver. Au cours de certains actes physiologiques tels que la miction, la défecation ou l'accouchement, la rupture momentanée d'équilibre en faveur de l'un d'eux doit être rétablie plus ou moins rapidement de telle sorte que l'équilibre global et respectif soit conservée (KAPANDJI).

2° En pathologie :

La détérioration isolée ou associée, totale ou partielle, congénitale ou acquise (ROBERT) de l'un ou l'autre des deux systèmes d'amarrage de BORY et BETHOUX entraine un déséquilibre de la répartition des forces et la constitution d'affection tels que déviations utérines - prolapsus génitourinaire. Ainsi, concernant les troubles statiques qui nous intéressent, le relâchement de sa suspension va reporter l'isthme utérin par le simple fait de la pesanteur, en avant et en bas d'où une plus grande efficience se trouve conférée au bras de levier de la résultante de la poussée d'effort. Ce qui détermine une détaxation de l'utérus amorçant la retroversion.

Il est probable qu'une anomalie de la forme du bassin osseux joue un rôle possible dans la genèse des malpositions : nous avons vu que les composantes de la force de pulsion exercent sur le corps et le col utérin des actions divergentes assurant l'anteflexion physiologique.
Un défaut du cadre osseux modifie les directions des forces et entraine un trouble de la statique.

Enfin, la régulation Turgor Tonus peut être troublée par une moindre valeur constitutionnelle primaire de la paroi abdominale. Un diastasis précoce des muscles
une asthénie ou un endommagement post-natal de la paroi ventrale. Dans ces conditions, la cohérence et l'équilibre respectif des viscères ne sont plus maintenus. Ils se séparent et chacun d'entre eux est soumis à la loi de la pesanteur. Une mauvaise condition anatomique locale,en particulier hypotonie utérine, permet alors aux forces d'entrainer le défaut statique.

Remarque : Comme nous avons signalé dans l'étude pathogénique, l'influence des forces ne peut être efficiente que s'il existe une altération anatomique, congénitale ou acquise. Ce qui est logique d'ailleurs car toutes femmes ne possédent pas une retroversion

Dans la physiopathologie de ces troubles positionnels, deux notions méritent d'être encore signalées :

- d'une part le centre de gravité de l'utérus se trouve au-dessus de la portion isthmique fixe de telle sorte que l'organe est en équilibre instable et peut facilement basculer en arrière, notamment en cas où la vessie pleine le repousse en arrière et ouvre le cul-de-sac vésico-utérin à la pénétration des anses grêles.

- d'autre part, la flexibilité de la portion isthmique utérine. Cette notion, remarquée par différents auteurs, est particulièrement nette dans le syndrome de ALLEN et MASTERS ("Universal Joint-Cervix") et nous citons ici une observation de STEIMER lors d'un accident d'automobile, une blessée présente une déchirure transversale complète séparant le corps utérin, retrouvé isolément dans la cavité abdominale, du col qui reste suspendu inchangé de ses ancrages paramétriaux.

Pour expliquer cette "fragilité" isthmique, on pourrait penser qu'à ce niveau la structure utérine change : les couches musculaires longitudinales et plexiformes, prédominantes au niveau du corps, s'arrêtent pour faire place à des couches musculaires circulaires plus abondantes au niveau du col.

Une deuxième hypothèse embryologique et ontogénique est suggérée par le Professeur CONTAMIN :
On pourrait penser que le corps et le col utérin proviennent au cours du développement de deux tranches métamériques différentes et la zone de transition qui deviendra l'isthme chez l'adulte est un endroit fragile constitutionnellement. Il prédispose à la déchirure ou aux modifications de flexion utérine.

Quoiqu'il en soit cette "flexibilité" isthmique, particulièrement augmentée encore par le terrain d'hypotonie tissulaire congénitale, explique la retroflexion des retroversions utérines essentielles.

- dans un premier temps, l'utérus hypotrophique (ou hypoplasique) plus ou moins antéfléchi bascule en arrière.

- dans un deuxième temps, l'influence des forces de pesanteur et de la poussée abdominale fait fléchir en arrière le corps utérin.

E . ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Là encore s'opposent les rétroversion utérines essentielles et les rétroversions utérines acquises.

1° Anatomie pathologique de la rétroversion utérine essentielle

Ce sont des notions classiques :

a) nous décrivons l'aspect opératoire que l'on peut voir dans une rétroversion utérine du troisième degré ou tout apparaît à l'état pur. Nous signalons au passage la fréquence de chaque lésion retrouvée dans l'étude de nos dossiers.

Le redressement opératoire du fond utérin comblant le cul-de-sac de Douglas, fréquemment profond, libére une petite collection serohématique réactionnelle. Les marbrures violacées et livides qui parcourent cet utérus gros et mou traduisent la stase veineuse très marquée.

Les varicocèles infundibulo-pelviens et parfois pelviens confirment un trouble de la circulation déjà parfaitement apparent (50 % de nos dossiers). Ils sont d'un intensité impressionnante intéressant les vaisseaux longs du bord utérin et disparaissent souvent sous la pince qui les mobilise (spasme).

L'utérus replacé en position physiologique voit ses lacis veineux se vider,

retrouvant sa coloration rosée habituelle. La disparition de cet état congestif nour permet d'apprécier à sa juste valeur le degré d'hypotrophie et même d'hypoplasie de l'organe (44 % de nos cas).

Les ligaments et en particulier les ligaments ronds présentent la même déficience de constitution. Ils sont grêles, distendus, de complexion médiocre. En arrière, les ligaments utéro-sacrés sont aussi minces, se dessinant à peine lors de la traction verticale.

Les trompes sont atteintes également d'un retard et d'une insuffisance de développement. Des exérèses ont permis de constater que les plis de la muqueuse tubaire avaient perdu leur finesse et se réduisaient même à quelques striations grossières réalisant la "trompe à quatre coins" des auteurs allemands (3,2 % des observations).

Les ovaires sont fréquemment le siège d'une dégénérescence scléro-kystique (67 % des cas) parfois maladroitement aggravée par la prescription inconsidérée de thérapeutiques hormonales ou neurotranquillisantes.

Surtout ces ovaires ont souvent abandonné leur place habituelle pour se prolaber dans le Douglas.

La paroi postérieure des ligaments larges sera explorée pour retrouver une déchirure dont la suture est recommandée (syndrome ALLEN-MASTER).
(Dans nos dossiers, nous ne relevons que deux cas.)

Outre l'aspect du petit bassin, l'état de la paroi abdominale doit être aussi apprécié. Ainsi on pourra remarquer la fréquence de sa déficience (21 % des cas) surtout après plusieurs grossesses. Mais la gravidité n'est pas nécessaire. Nous avons relevé quatre cas de diastasis des droits chez des malades multipares dont la plus jeune a 29 ans.

b) en dehors de cet aspect macroscopique et opératoire, il faut signaler du point de vue histologique deux acquisitions récentes :

- la fréquence des lésions portant sur le péritoine et les tissus sous-jacents décrites par BRET et BARDIAUX sous le nom de péritonite scléro-inflammatoire.

- la fréquence de l'endométriose non pas tant macroscopique que microscopique, décrite par les auteurs marseillais. Nous avons relevé trois cas d'endométriose macroscopique et histologiquement confirmés.

Quoiqu'il en soit, ces lésions microscopiques pourraient expliquer certaines douleurs des retroversions.

2° Dans les rétroversions utérines acquises :

Les lésions sont avant tout celles d'affection causale. Ainsi dans les rétroversions utérines d'origine infectieuse, les phénomènes inflammatoires devenus chroniques, générateurs d'adhérences péritonéales fixant l'utérus, jouent un rôle prépondérant surtout en ce qui concerne l'atteinte tubaire responsable de stérilité secondaire de traitement difficile.

Le pelvis dans son ensemble peut être le siège d'exudat plat ou filamenteux recouvrant la matrice et l'unissant aux organes voisins.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces constatations tout-à-fait classiques.

==========

ETUDE CLINIQUE

L'étude clinique des déviations utérines montre une intrication intime des symptômes fonctionnels.

Aussi pour éviter des redites et dans un but de clarté, nous allons d'abord exposer une étude analytique des divers signes pour les regrouper ensuite en différents tableaux tels qu'ils se présentent schématiquement dans la pratique.

I . ETUDE ANALYTIQUE DES SIGNES FONCTIONNELS

Cette analyse ressort de l'interrogatoire, élément capital de toute consultation médicale, mais hélas trop souvent négligé dans la pratique. Celui-ci doit être complet, systématique et bien orienté. Il "dissèque", fait préciser chaque détail, parfois lointain, voire oublié et qu'il faudrait extirper de la patiente, et apprécie convenablement les caractères de chaque symptôme.

1- Troubles des règles

a) la date d'apparition des premières règles dépend de nombreux facteurs tels que les variations de lattitude, les conditions climatiques, les différences de race et de développement social, économique et culturel. Elles surviennent habituellement en France entre 12 1/2 ans et 13 1/2 ans.
Dans le cadre des troubles de la statique, la ménarche se manifeste plus tardivement, dépassant fréquemment la date que nous considérons comme limite de 14 ans : - 23 % de nos observations = Rétroversions utérines.
- 20 % des dystrophies utérines avec antéflexion accentuée.

b) abondance des règles. Elle était appréciée comme forte en intensité ou en durée, avec ou non présence de caillots par 25 % de nos patientes, normale par 31 % et faible par 44 %.

c) irrégularités menstruelles.
- Certaines femmes ont leurs règles irrégulières d'emblée. Ce sont des cycles allongés avec périodes écourtées ; 41 % des rétroversions utérines,
32 % des antéflexions.
Dans deux cas, nous relevons une aménorrhée primaire.

- Mais plus caractéristiques sont les irrégularités menstruelles évoluant secondairement dans les années ayant suivies les premières règles.
Ainsi - ou bien les premiers cycles très irréguliers d'emblée s'allongent de plu en plus pour aboutir à l'aménorrhée de plusieurs mois.
- ou bien peu à peu les écoulements hématiques, primitivement normaux dans une période de 1 à 2 ans s'espacent progressivement, deviennent de moins en moins persistants et abondants pour atteindre fréquemment le stade ultime de l'aménorrhée secondaire.

Cette 'récession' des phénomènes menstruels est particulièrement caractéristique de la rétroversion utérine juvénile où elle a été reconnue dans 66 % des cas. Nous notons cependant aussi dans 30 % des cas d'antéflexions d'un utérus hypotrophique.

d) dysménorrhée. Les menstruations, surtout lorsqu'il s'agit d'hypotrophie génitale très marquée, peuvent être indolentes, mais le plus souvent elles s'accompagnent de phénomènes algiques intenses. La douleur apparaît très souvent la veille et le premier jour des règles qui ne s'établissent pas franchement dans les premières heures comme s'il y avait une gêne. En effet, l'hypotrophie et surtout l'hypoplasie fermant encore davantage l'angle obtu corporéo-cervical de 120° ajoute son facteur mécanique aggravant.
La gêne apportée à l'évacuation du sang menstruel, en rétention par le rétrécissement isthmique relatif ainsi créé, provoquera des contractions musculaires affectant le type de coliques utérines. Les phénomènes réflexes qui en découlent sont souvent de ce fait plus accusés, imposant le repos au lit et le recours aux antalgiques.

La rétroversion de l'utérus, surtout lorsqu'elle est totale crée un bas-fond corporéal dont le contenu hématique ou séro-purulent doit s'évacuer antiphysiologiquement à contre-pesanteur. Cette constatation est également à l'origine du reflux tubo-péritonéal de sang menstruel, créant un hémopéritoine localisé avec son cortège douloureux parfois très évocateur. Ainsi la dysménorrhée est retrouvée dans - 60 % des cas d'anteflexion,
- 31 % des cas de rétroversion utérine.

2° Douleurs en-dehors des règles

En-dehors de la période menstruelle, 65 % de nos malades atteintes de rétroversion utérine se plaignent de pesanteur hypogastrique au cours du mois et davantage de sensations douloureuses véritables qu'elles localisent dans les "reins" c'est-à-dire plus anatomiquement dans la région lombo-sacrée.

En effet, la douleur projetée réelle est basse avec sensation de tension dans le petit bassin et à la partie inférieure du sacrum. Il est classique de dire que la malade a l'impression d'un corps étranger qu'elle voudrait expulser : "la malade sent son utérus" (POZZI).

Ces douleurs ont des caractères et intensité les plus variables : lancinantes ou sourdes plus ou moins permanentes avec exacerbation. Elles augmentent avec la fatigue, le voyage...

Ces algies en dehors des règles se retrouvent également dans les anteflexions mais moins fréquemment (20 %).

3° Leucorrhées

Tout autant que les troubles menstruels, ce sont les leucopyorrhées notées dans 65 % de nos observations de rétroversion utérine qui amènent les patientes à demander le conseil médical. Ces écoulements mucopurulents sont jaunâtres et parfois même légèrement rosés du fait de l'état congestif concomitant. Dans 34 % des dossiers d'anteflexion, ces "pertes blanches" sont retrouvées.

4° Les troubles urinaires

Simple pollakiurie le plus souvent, mais parfois "cystite" (brûlure mictionnelle), ils accompagnent ces pertes vaginales et l'irritation vulvaire prurigineuse qui en dérive.

Ces troubles urinaires seraient dus à l'irritation de la région trigonale par le col utérin anormalement érigé puisqu'elle existe dans 22 % des rétroversions utérines alors qu'on les retrouve seulement dans 7 % des anteflexions.

5° Troubles sexuels

a) en premier lieu : la dyspareunie. On distingue trois sortes :
La dyspareunie balistique de choc. La verge vient buter contre l'utérus congestif retroversé dans le Douglas, rendant la douleur progressivement intolérable au cours du rapport.

La dyspareunie de pénétration chez la femme à vulve étroite.
La dyspareunie de présence chez la femme au vagin sec ou enflammé.

b) mais d'autres troubles sexuels peuvent se voir tels que :
frigidité, baisse de libido.
Nous avons retrouvé les troubles sexuels dans 32 % des rétroversions utérines et dans 29 % des anteflexions.

Quoi qu'il en soit le retentissement psycho-affectif de ces troubles est souvent considérable : frustration ou mésentente conjugale.

6° Troubles digestifs

Disons encore pour être complet qu'une constipation opiniâtre d'étiologie autant endocrinienne que mécanique nous est parfois signalée ainsi que des poussées hémorroïdaires extériorisant le varicocèle pelvien.

Dans 4,4 % des cas de rétroversion utérine, nous notons un trouble du transit à type de constipation ou diarrhée.

Dans 2 cas, nous avons remarqué l'existence des hémorroïdes guérissant après la pexie utérine.

D'autres troubles digestifs sont classiquement cités tels que la sensation de plénitude post-brandiale, brûlures épigastriques, troubles hépato-biliaires...

Nous avons relevé que six cas de ces manifestations digestives dans nos dossiers de rétroversion utérine.

GABRIELI, dans sa thèse, 1958, consacrée à ces problèmes digestifs dans la rétroversion utérine a donné la conclusion suivante : "la rétroversion comporte des incidences digestives plus nombreuses et plus complexes qu'apparamment. Il nous semble, dans ces conditions, que les indications du traitement chirurgical peuvent être étendues."

7° Retentissement psycho-affectif

Sur un terrain psychique labile de constitution, le désordre vasculo-endocrinien ainsi que les troubles fonctionnels (notamment algiques et sexuels) vont rapidement aggraver et retentir sur le comportement de ces malades.

Les nervosismes, les instabilités caractérielles ou les états

dépressifs sont fréquents. L'interrogatoire s'enquiera chez la jeune fille du niveau des études, accusant en général un retard assez considérable du fait d'une difficulté de concentration intellectuelle et d'une mémoire fréquemment défaillante.

Parfois des troubles plus graves tels que la mélancolie voire anorexie mentale (2 cas dans nos observations) peuvent se voir. Mais, comme nous avons déjà signaler à ce propos, le retentissement psychique est différemment apprécié surtout pour les formes mineures. Nous avons trouvé ces troubles dans 50 % des dystrophies utérines avec anteflexion et dans 24 % des rétroversions utérines.

De l'étude analytique des symptômes, nous arrivons à plusieurs notions :

a - la richesse et en même temps la difficulté d'appréciation de ce cortège de signes fonctionnels qui dépendent en partie de l'estimation de la malade et du médecin.

Cette notion nous conduit à refuser d'avancer un chiffre de pourcentage des formes asymptômatiques, à notre avis minime, et ne correspondant pas exactement à la réalité des choses

Ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit (et nous l'avons déjà signalé) des malades de gynécologie (c'est-à-dire qui viennent pour des troubles) et non de maternité c'est-à-dire où l'examen systématique post-gravidique permet de déceler comme il est souvent avancé une grande fréquence de formes muettes.

b - l'intrication intime des symptômes, les uns communs aux différentes affections telles que la dysménorrhée, les troubles de règles, les autres plus particuliers à certaines anomalies telles que les phénomènes à distance nés de la rétroversion utérine.

Pour avoir une idée de l'importance relative de chaque signe, voici le tableau résumé et chiffré globalement de notre étude des signes fonctionnels.

T A B L E A U 1 : ETUDE DES SIGNES FONCTIONNELS

	Antéflexion avec hypotrophie	Rétroversion Utérine
Dysménorrhée	60 %	31 %
Douleur intermenstruelle	20 %	65 %
Irrégularité des règles		
. d'emblée	32 %	41 %
. récession secondaire	30 %	66 %
Age des premières règles	20 % > 14 ans	33 % > 14 ans
Leucorrhée	34 %	65 %
Troubles urinaires	7 %	22 %
Difficultés sexuelles	29 %	32 %
Trouble rectal		4,4 %
Retentissement psychique	50 %	24 %

Ce tableau fait ressortir certaines remarques :

1- La récession des règles est un des signes caractéristiques de la rétroversion utérine car elle est retrouvée avec un fort pourcentage : 66 %. On peut fortement suspecter et même presque affirmer l'affection à la simple interrogation (Pr. CONTAMIN).

2- L'importance du phénomène inflammatoire comme en témoigne la fréquence des leucorrhées, surtout des leucopyorrhées dans les rétroversions utérines.

3- Les chiffres grossièrement inversés des dysménorrhées et douleurs intermentruelles dans les dystrophies utérines avec anteflexion et dans les rétroversions utérines.

Ceci nous incite à rechercher quelle est l'influence apportée sur les symptômes par la bascule postérieure de l'utérus.

Ce que nous faisons en réanalysant certains signes mais sur des rétroversions avec hypotrophie ou hypoplasie utérine concomitante.
Ce qui donne le tableau n° 2.

TABLEAU 2

	Anteflexion avec Hypoplasie utérine	Rétroversion Utérine en général	Rétroversion Ut. + Hypotrophie Ut.
Dysménorrhée	60 %	31 %	65 %
Douleur intermenstr.	20 %	65 %	62,5 %
Leucorrhée	34 %	65 %	61,5 %
Age des 1res règles	20 % > 14 ans	33 % > 14 ans	22,4 % > 14 ans
Troubles urinaires	7 %	22 %	12 %

Ces chiffres pourraient être expliqués par ces notions :

. dans la douleur, la dysménorrhée serait plutôt un signe en faveur de l'hypoplasie génitale alors que les algies en dehors des règles, relevant en partie de l'intensité de la congestion pelvienne et des phénomènes inflammatoires, est en nette prédominance dans les rétroversions utérines.

. la leucorrhée, également très fréquente dans les rétroversions utérines avec ou non hypoplasie utérine, témoigne de l'influence favorisante sur les infections apportées par la bascule postérieure de l'utérus.

c - la difficulté d'impliquer les troubles de la statique dans le déterminisme des phénomènes fonctionnels notamment les manifestations à distance, digestives ou psychiques.

. Ici certains auteurs utilisent le test au pessaire.

. Pour nous, la reposition sanglante et l'amélioration fonctionnelle qui en découle comme nous allons le voir dans le chapitre "Résultats thérapeutiques" sont des arguments en faveur.

d - Si aucun signe fonctionnel pris isolément ne peut être vraiment considéré comme réellement pathognomonique du défaut de la statique, leur groupement est en général suffisamment évocateur pour faire suspecter le diagnostic exact et déclencher le bilan, notamment l'examen physique qui va réaliser l'unité anatomique des symptômes en confirmant l'anomalie positionnelle.

C'est ce que nous essayons d'étudier dans l'étude synthétique en différents tableaux, plus conforme à la réalité pratique.

II . ETUDE SYNTHETIQUE

1° Les troubles de la statique chez la jeune fille =

dystrophie utérine avec anteflexion ou rétroversion utérine juvénile

a - le motif de la consultation gynécologique est variable.
Le plus souvent ce sont les perturbations de la menstruation qui constituent le motif principal.
Parfois, ce sont des leucopyorrhées qui inquiètent une mère attentive et observatrice et l'incite à demander un conseil médical pour sa fille.
Parfois, ce sont des adolescentes arrivées à l'âge de plaire qui viennent solliciter un remède pour leur disgrâce physique = hypotrophie mammaire, obésité plus ou moins généralisée, cellulite des hanches, troubles circulatoires des membres inférieurs.
Parfois, c'est le psychisme qui sera affecté, depuis le simple nervosisme jusqu'aux états dépressifs ou mélancoliques pouvant arriver à l'anorexie mentale.

b - Après un interrogatoire poussé et systématique précisant les caractères des différents signes que nous avons déjà étudiés précédemment, l'examen physique va relever la clef du diagnostic.
L'aspect général de la patiente signe immédiatement l'existence de l'hypotrophie génitale. Il peut revêtir schématiquement deux aspects, le type longiligne pseudo-masculin aux hanches étroites ou l'allure plus ramassée, trapue aux troubles circulatoires particulièrement apparents.
Les seins ayant été appréciés ainsi que les amas cellulo-graisseux affligeants et les troubles circulatoires des membres inférieurs tout aussi disgracieux, l'on porte ses regards sur la région vulvaire où l'hypoplasie des organes génitaux externes est parfois, mais non toujours mis en évidence.
Le temps essentiel de l'examen est le toucher vaginal prudent, sans doigtier, qui se pratiquera d'un seul doigt enduit d'un produit lubrifiant.
Le toucher rectal se substituera à lui lorsque l'orifice hyménéal est anormalement étroit ou que le jeune sujet lors de son premier examen se montre effrayé ou pusillanime.
Inutile d'ajouter que cette recherche dont on ne peut que difficilement se passer doit toujours avoir lieu en présence d'un membre de la famille ; la mère le plus souvent qui apportera sa présence rassurante et encourageante et s'opposera par là-même à toute revendication fabulatrice secondaire.
La vessie ayant été préalablement vidée, on appréciera aisément en cas

d'anteflexion un utérus de petite taille, recourbé en crochet (ou en arc de cercle, en crosse de pistolet). L'angle de flexion peut être perceptible comme une brusque coudure en cas de fermeture nette.
En cas de retroversion, on sentira le col pointé en avant, soulevant le trigone et le corps prolabé en arrière, dans le cul-de-sac postérieur.
Le degré de mobilité de cet utérus sera également apprécié.
Nous préciserons le degré de la rétroversion correspondant aux trois localisations précédemment individualisées : horizontal, intermédiaire ou total, ce qui revêt une grande importance pour l'indication thérapeutique. L'hypotrophie ou l'hypoplasie de l'utérus rétrodévié seront également évaluées. Elles se manifestent dans 44 % des cas.
Le même examen objectivera la dégénérescence. Sclérokystique de l'ovaire mise en évidence dans 67 % de nos dossiers et appréciera le degré de son prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas.
L'on appréciera également les manifestations inflammatoires qui accompagnent souvent très précocement les rétrodéviations.
Parfois, notre attention est attirée par une insuffisance précoce de la paroi abdominale (ptose + diastasis) qui peut favoriser la lordo-scoliose de l'adolescence.
L'on fera le point également sur le comportement psychologique de la jeune patiente, de sa mère et de son entourage qui donnera des indications précieuses sur la manière dont les conclusions médicales devront être présentées pour être acceptées et rendues aussi efficientes que possible.

2° Chez la jeune-femme en période d'activité génitale et obstétricale

Les circonstances de découverte sont aussi diverses.

C'est souvent à cette période, déçue par l'absence d'amélioration après épreuve obstétricale et sexuelle et même devant l'aggravation des troubles qui l'affectaient depuis son adolescence que la jeune femme vient solliciter un conseil médical.

Parfois ce sont des troubles sexuels = dyspareunie de plus en plus intolérable ou frigidité, source de mésentente conjugale qui constituent le motif essentiel de la consultation.

Parfois enfin c'est une stérilité ou des fausses-couches spontanées et récidivantes qui désolent le jeune ménage et le font recourir à un avis spécialisé.

L'examen clinique, outre la confirmation du défaut statique va encore apprécier trois phénomènes :

L'aggravation des manifestations inflammatoires et congestives par l'épreuve de la maternité. Ainsi, on note la fréquence des cervico-vaginites, des endométrites, des lymphangites du ligament large et des paramétrites (44,5 % de nos dossiers).

Un certain degré de ptose génito-urinaire presque immanquable chez ces femmes présentant un déficit anatomique et physiologique de constitution.

La déficience de la paroi abdominale fréquemment retrouvée (21 % de nos cas).

Ces différents éléments doivent être pris en considération et peser sur les indications thérapeutiques si l'on aimerait guérir de façon satisfaisante et complète le défaut de la statique.

3° Les rétroversions acquises

Les rétroversions acquises post-inflammatoires sont plutôt des épi-phénomènes que des entités ayant une individualité particulière. Elles sont en général fixées par des adhérences péritonéales et c'est l'atteinte plus ou moins profonde des annexes qui leur donne un intérêt spécial.

Les motifs fréquents de consultation sont les douleurs et la stérilité secondaire. Nous n'insisterons pas sur la symptômatologie des annexites largement étudiées en d'autre lieu. Disons cependant que le problème de la stérilité qui en découle nécessitera des investigations plus complexes pour en faire un bilan et le pronostic le plus exact possible.

III . LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'intérêt d'un bilan complémentaire n'est plus contesté. Il permet d'apprécier deux ordres de troubles :

. d'une part, l'importance des lésions associées à la rétroversion,
. et d'autre part, l'existence ou non des affections concomittantes.

1° Les lésions associées

telles qu'une ovarite scléro-kystique, une endométriose pelvienne, une déchirure du ligament large, des adhérences inflammatoires plus ou moins importantes peuvent être recherchées. On pratiquera une hystérosalpingographie, une pelviscopie, un bilan hormonal (courbe de température, frottis-vaginaux, biopsie d'endomètre, dosages hormonaux...).

2° L'existence ou non d'une pathologie conjointe

doit être connue. Sa part de responsabilité dans le cortège de signes fonctionnels doit être appréciée et précisée avant le traitement.

On pourra conseiller une radiographie de la colonne lombo-sacrée, des investigations de l'appareil urinaire (U.I.V., cytobactériologie des urines, cystoscopie...) ou une exploration du cadre colo-rectal (lavement baryté, rectoscopie).

En fait, si ces investigations complémentaires sont très riches d'enseignements, elles ne doivent pas être systématiques. Elles ne sont demandées, orientées et interprêtées qu'en fonction de la clinique.

. Ainsi, une H.S.G., qui n'est d'ailleurs pas sans danger (risque infectieux), sera demandée lorsqu'on suspecte une tuberculose génitale, une stérilité par obstruction tubaire, une tumeur utérine ou para-utérine.

. Ainsi, une pelviscopie permet de déceler une endométriose, une déchirure du ligament large. Mais ses indications sont surtout la recherche d'un autre facteur pathologique au cours des stérilités. Elle sera si possible complétée

de façon bénéfique dans ces cas par un bilan hormonal, une insufflation tubaire kymographique ou une injection au bleu de Méthylène pour vérifier la perméabilité des trompes.

. Ainsi : - un frottis cervico-vaginal sera pratiqué chez une femme d'un certain âge à la recherche d'une affection maligne.
- une C.B.H. sera demandée devant des "Brûlures" mictionnelles intenses.

Dans notre travail concernant le plus souvent une clientèle privée de ville, ces explorations plus ou moins spécialisées ne sont indiquées qu'en cas d'indiscutable nécessité.

Elles sont assez disparates et n'apportent rien de nouveau à la connaissance des troubles intrinsèques de la statique génitale.

C'est pourquoi nous n'en parlons pas plus longuement, renvoyant à des travaux ou thèses plus orientés vers cet aspect du problème.

IV . EVOLUTION DES DEVIATIONS UTERINES

Il est une notion souvent négligée dans les études des troubles intrinsèques de la statique génitale et notamment des rétrodéviations, c'est la notion de Maladie Evolutive.

Nous distinguons là aussi l'évolution des rétroversions essentielles de celles des rétrodéviations acquises.

I . Rétroversions essentielles : trois éventualités sont possibles

1° La majorité des auteurs signalent un nombre important de rétroversions latentes et sans traduction clinique de façon prolongée (20 à 60 % selon les statistiques).

Elles ne guérissent ni ne s'aggravent.

Sans dénier cette éventualité, nous ne faisons que remarquer que, même dans ces cas, faut-il encore s'accorder sur le terme de "latence". Si les troubles fonctionnels ne sont pas patents, une petite dysménorrhée, une algie pelvienne supportable, un certain état de nervosisme ou troubles de l'attention (non signalés d'ailleurs par la patiente) ne peut échapper à l'observation d'un fin clinicien. La banalité des symptômes rencontrés les ont fait souvent assimiler à des troubles liés à la condition de la femme. L'étendue du pourcentage de ces cas latents signalés (20 à 60 %) semble expliquer cette discordance d'appréciation.

2° Classiquement encore citées sont les déviations s'améliorant de façon spontanée à la suite d'un événement physiologique de la vie génitale ou obstétricale (rapports sexuels, gravidité). Il ne faudra pas cependant s'abandonner au mythe de la "bonne nature" prise soudain d'un remords tardif pour espérer un effacement des conséquences d'une longue négligence qui a permis les aggravations de lésions organiques, anatomiques et physiologiques primitivement beaucoup plus aisément curables.

A notre avis, ces notions sont fortement exagérées et souvent erronées et il ne faut pas en abuser sous peine de cruelles désillusions.

SIREDEY a cité des cas de jeunes filles devenues complètement névropathes (bien que les troubles initiaux ne sont pas réellement graves) car leur espérance d'un soulagement des malheurs qui les affectent dans le mariage ou la maternité se trouve perdue.

3° La troisième éventualité, c'est l'évolution vers l'aggravation et les complications. Pour nous, c'est l'évolution habituelle notamment pour les rétroversions complètes du troisième degré.

En effet, il faut considérer les rétroversions, avec expression clinique ou non, comme le témoignage d'un moment donné et qu'elles peuvent dans le temps s'aggraver ou se compliquer. D'une façon schématique, on pourrait dire :

La jeune fille ou femme atteinte de rétroversion essentielle sera soumise à une double destinée :

- d'une part l'état dystrophique plus ou moins prononcé de l'utérus va retentir sur son avenir obstétrical ;
- d'autre part les conséquences hormono-circulatoires, inflammatoires et mécaniques liées au défaut de la statique vont entraîner des répercussions cliniques locales et générales.

L'avenir de la patiente sera donc influencé par :

- le degré de la version postérieure ;
- l'importance du trouble de croissance utérine ;
- mais aussi par la précocité du traitement envisagé.

A - Nous allons d'abord envisager les différentes répercussions liées à la bascule postérieure. Elles sont de quatre ordres : hormonale, circulatoire, mécanique et inflammatoire.

1° Retentissement hormonal

L'existence du terrain endocrinien particulier n'est plus contestée. Il est intéressant du point de vue indication thérapeutique de savoir quelle est la corrélation entre ces troubles endocriniens et la rétroversion.

Si certains auteurs (AUDIT-BRETECHE) attribuent une pathogénie hormonale aux vices de positions, la plupart des auteurs, basés sur des recherches scientifiques, voient dans les troubles endocriniens une conséquence de la rétrodéviation.

Quelle est l'origine de ce terrain hormonal ?

a - Il est classique d'incriminer un défaut de la fonction ovarienne et la fréquence de O.S.K.,au cours des rétroversions (67 % de nos cas), semble en partie confirmer cette hypothèse.

Mais par quel mécanisme la malposition engendre-t-elle la dégénérescence des ovaires ?
Divers facteurs semblent intervenir à des degrés variables.

. Ainsi, TOUSSAINT avance une théorie mécanique et circulatoire. Quant l'utérus se porte en arrière, le ligament utéro-ovarien s'oppose à l'écartement de l'organe et de l'ovaire et cette dernière tire sur son ligament suspenseur. La pression artérielle ainsi que la paroi rigide permet la circulation. Mais la veine spermatique plus molle, s'aplatit. Il se crée un état de stase vasculaire responsable de l'évolution des ovaires vers l'état scléro-kystique.

. Mais cette hypothèse n'explique pas les O.S.K. dans les rétroversions peu accentuées du premier ou deuxième degré et par ailleurs les troubles veineux ne coexistent pas toujours avec une O.S.K.
LANVIN et TREVOUX ajoutent, dans l'excitation du ganglion de Lee Frankenhauser, du plexus hypogastrique ainsi que le tiraillement et irritation des rameaux orthostatiques pelviens, une origine neuroendocrinienne des scléroses ovariennes.

. Des travaux plus récents semblent attribuer une origine endocrinienne elle-même. Ainsi, l'administration à dose répétée et élevée de F.S.H. chez l'animal entraîne une O.S.K. Mais l'origine de l'hypersécrétion de F.S.H. demeure mystérieuse. Pour certains, il s'agirait d'un défaut de réceptivité soit au niveau d'endomètre soit au niveau de l'ovaire lui-même. Les rétroversions, par l'intermédiaire de troubles vasculo-nerveux, entrainent une modification de la réceptivité responsable de l'hypersécrétion de F.S.H. et par voie de conséquence une O.S.K.

. D'autres hypothèses ont été avancées (en particulier l'origine infectieuse) mais il semble, comme le disent NETTER et coll., "Ne fait pas une O.S.K. qui veut et il faut une prédisposition congénitale qui s'associe à une cause déclenchante".
Cette cause favorisante pourrait être une rétrodéviation.

b - Mais l'ovarite scléro-kystique n'est pas constante au cours des bascules de l'utérus et d'autres mécanismes dans la genèse du terrain hormonal sont suggérés.
Ainsi, LOUROS et KAÏRIS (Athènes) puis TRIANTAFILLOPOULOS attribuent une origine hépatique à l'état dysendocrinien. D'après eux, les troubles hépatiques seraient chronologiquement les premiers atteints et les perturbations endocriniennes sont secondaires du fait de l'absence de contrôle du métabolisme des hormones par le foie.
De leurs travaux, retenons un point important : la correction du défaut de la statique utérine normalise les tests biologiques très perturbés auparavant.

c - Que peut-on conclure et penser des troubles hormonaux dans les rétroversions ?
S'il existe une part de vérité indiscutable des données cliniques, scientifiques et expérimentales sus-citées, le problème est beaucoup plus complexe. Si le désordre endocrinien, qui intéresse plus particulièrement les ovaires mais aussi toutes les autres glandes de l'organisme par leur interaction réciproque, n'est plus discutable, il est difficile d'affirmer ou d'infirmer s'il est une cause ou une conséquence des troubles de la statique.
Par contre, nous pensons que la rétroversion aggrave indiscutablement les troubles hormonaux et réciproquement ces derniers agissent et entretiennent le défaut de la statique.
Il s'établit une sorte de cercle vicieux qu'il faut rompre par un traitement énergique et précoce.

. Ainsi, nous avons déjà signalé les contrôles et la normalisation post-pexiques des tests biologiques de LOUROS, KAÏRIS et TRIANTAFILLOPOULOS.

. MAGENDIE et coll. arrivent à la même conclusion : la correction chirurgicale guérit les troubles non jugulés par un traitement médical.

. De même pour LANVIN et TREVOUX : "Les troubles cyto-hormonaux sont le plus souvent corrigés par la réduction chirurgicale."

2° Retentissement circulatoire

Les troubles vasculaires sont manifestes et il est classique au cours d'une intervention de rétroversion de constater de volumineux varicocèles infundibulo pelviens ou pelviens témoignant une gêne circulatoire évidente (50 % de nos cas de rétroversions utérines).

. AMREICH, dans ses recherches anatomiques, a montré que le corps utérin rétroversé, augmenté de volume, comprimait sans aucun doute les veines afférentes et efférentes créant un état de stase pelvien évident.

. On a vu, comme a décrit TOUSSAINT, le tiraillement et la compression des veines spermatiques.
Cette origine mécanique des troubles circulatoires semble être confirmée par les constatations opératoires : l'utérus rétroversé gros, mou, violacé parcouru de marbrures voit ses lacis veineux se vider et retrouve sa coloration rosée normale dès qu'on le redresse et le replace en position physiologique. De même les varicocèles pelviens cessent d'eux-mêmes après réduction de la rétroversion utérine (DELVAS-RICHE).

. COTTE, MOLIN et CONTAMIN, à la suite des travaux de LERICHE attribuent à ces troubles circulatoires une origine vasomotrice et sympathique.

. Une pathogénie hormonale n'est pas aussi à dédaigner quand on connaît que les variations de la circulation pelvienne sont étroitement soumises à l'activité cyclique de l'ovaire : la folliculine accentuerait l'hyperhémie tandis que la progestérone activerait la circulation de retour. Or on connaît le déséquilibre hromonal en faveur des oestrogènes dans les rétrodéviations.
Mais quoi qu'il en soit, si cette étiopathogénie veineuse est complexe et dans laquelle le facteur congénital joue un rôle non négligeable, deux notions sont à retenir déjà :

- les troubles circulatoires indiscutables vont à leur tour retentir sur les tissus cellulaires pelviens comme nous

allons l'envisager ensuite.
- ils sont améliorés par le redressement de l'utérus.

3° Répercussions mécaniques

Nous avons déjà vu les conséquences mécaniques possibles de la bascule postérieure de l'utérus sur les phénomènes endocriniens et circulatoires. Par ailleurs, l'utérus rétrodévié se trouve placé dans la direction de la cavité vaginale. Sous la poussée abdomino-thoracique, il amorce facilement sa descente d'autant plus qu'il existe fréquemment une laxité ligamentaire généralisée. Ainsi se crée secondairement des prolapsus génito-urinaires surtout à la suite d'un accouchement où à l'élément mécanique s'ajoute le ramollissement tissulaire, le terrain hormonal particulier et le traumatisme obstétrical. Ici encore, nous pourrons retenir la nécessité d'un redressement thérapeutique précoce pour éviter les possibles conséquences néfastes secondaires

4° Retentissement inflammatoire

a - les états infectieux à germes pathogènes les plus divers sont favorisés par les conditions défectueuses induites par les vices des positions :
. stagnation des produits de sécrétion par absence de drainage postural physiologique.
. diminution de la défense locale de l'organisme par troubles endocriniens et vasculaires.

Ainsi se créent des foyers infectieux et notamment cervico-utérins dont l'influence néfaste sur les états inflammatoires secondaires du tissu cellulaire pelvien est classique et connu.

b - mais plus encore, il semble, à la lueur des travaux récents, que l'inflammation des éléments tissulaires pelviens peut provenir ou plutôt être favorisée et aggravée par les troubles vasculaires, endocriniens et traumatiques. Or, nous avons vu précédemment la fréquence et l'aggravation de ces désordres dans la rétroversion utérine.

1 - Les troubles circulatoires des organes du petit bassin peuvent en effet avoir une influence sur l'inflammation du tissu cellulaire pelvien.
Les travaux modernes basés sur la clinique et les explorations paracliniques (coelioscopie, phlebographie, histologie) semblent confirmer en partie le rôle de la vascularisation dans les phénomènes inflammatoires.
LEROUS, MAGIE et coll., dans une étude récente -1971-, ont essayé de préciser les relations de cause à effet entre les troubles circulatoires et certaines algies pelviennes.
De même, GILLOUX a consacré un article en 1964.

De l'ensemble de ces travaux, il paraît que le trouble initial soit une stase veineuse avec hyperhémie. Le désordre circulatoire aboutiraient à la longue à de véritables lésions secondaires du tissu conjonctif qui passent d'abord par une phase d'oedème interstitiel pour arriver à un phénomène inflammatoire irréversible.

La sclérose agit à son tour pour aggraver les troubles vasculaires créant des lésions irritatives et dégénératives de tous les éléments contenus dans le tissu cellulaire pelvien (nerf, veine, stroma).

2 - Mais l'influence vasculaire n'est pas unique dans l'aggravation des phénomènes inflammatoires.

Ainsi une action hormonale a été défendue. Par leur influence incontestable sur les variations circulatoires pelviennes, les hormones ovariennes jouent un rôle certain.

De plus on connaît l'influence de ces substances sur la trophicité et la structure normale des tissus cellulaires pelviens.

Cette influence, objectivée par exemple lors de l'involution post-ménopausique, trouve sa place dans la rétroversion où le déséquilibre oestroprogestatif est souvent manifeste. Il en résulte que l'évolution de l'inflammation vers la sclérose ligamentaire fixant l'utérus arrive d'autant plus rapidement que s'associe aux défauts de la statique un état d'insuffisance ovarienne accentuée.

3 - Enfin, l'inflammation du petit bassin va subir encore une accélération et une aggravation quand aux désordres hormono-circulatoires précédents s'ajoutent les traumatismes dus aux avortements et accouchements en particulier les manoeuvres instrumentales par voie basse.

EN RESUME /

Si dans un but de clarté nous avons séparé les conséquences hormono-vasculaires, mécanique et inflammatoire, dans la réalité des choses, ces différents phénomènes sont intimement intriqués et l'action des uns ne fait qu'influencer et potentialiser celle des autres.

Les répercussions cliniques pourraient s'imaginer aisément :

- *Algies pelviennes pénibles. Congestion pelvienne permanente.*
- *Fréquence des infections de l'appareil génital.*
- *Troubles sexuels tel que dyspareunie de choc.*
- *Retentissement psychique plus ou moins important lié en partie aux troubles algiques et sexuels.*
- *Répercussions non négligeables du terrain hormonal sur la fécondité.*

B . Mais la destinée de la femme atteinte de rétroversion utérine se trouve encore assombrie quand aux troubles sus-décrits, s'ajoute la dystrophie utérine qui va retentir en grande partie sur son avenir obstétrical

Si l'hypotrophie et surtout l'hypoplasie sont manifestes, il s'ensuivra souvent une stérilité primaire, motif de la première consultation médicale.

Lorsque la difficulté de procréer est moins absolue, l'on constatera fréquemment des fausses-couches à répétition, des accouchements prématurés, des gestations ectopiques dont l'étiologie véritable devra être recherchée.

Ces obstacles ayant été franchis, la gestation atteindra son terme et permettra après un accouchement difficile la venue au monde d'enfants de qualité assez médiocre qui constitueront ultérieurement une lourde charge pour la famille et la Société.

Parmi les multiples causes de dystocie, celle des parties molles induites par la dystrophie de la fibre utérine, conséquence de l'hypotrophie de l'organe, joue un rôle de tout premier plan.

La conséquence de l'hypotrophie et hypoplasie utérines sur la fertilité de la femme a été très complètement étudiée par R. PALMER et MEYLAN.

Sur un travail, rapporté aux 22e Assises Françaises de Gynécologie de 1964, et basé sur plus de 3 000 cas de stérilité et de fausses couches récidivantes voici quelques unes de leurs conclusions :

- Une hypoplasie utérine est indiscutable dans 10,3 % de femmes stériles ou sujettes aux avortements. Elle est en cause dans 6,1 % des stérilités secondaires et dans 14 % des avortements récidivants. Mais elle est la seule cause décelable que dans 1,8 % des stérilités primaires.

- Dans notre travail non axé sur ce problème si complexe de la fécondité, nous avons voulu simplement chercher dans notre analyse des dossiers si la bascule postérieure de l'utérus ajoute une influence quelconque sur les conséquences déjà si néfastes de l'hypoplasie dans l'avenir obstétrical.

- Nous n'avons pas retenu les fausses-couches relevées dans les observations car il n'est pas souvent mentionné s'il s'agissait de fausses-couches spontanées ou provoquées.

- Concernant la stérilité nous avons trouvé ces chiffres :
  . anteflexion avec hypoplasie = 22 % des malades sont stériles ;
  . rétroversion en générale = 7,1 % ;
  . retroversion d'un utérus hypotrophique = 17,4 %.

Ces chiffres ne sont pas très démonstratifs mais il semblerait que la bascule postérieure ajoute peu d'influence sur les conséquences obstétricales de l'hypoplasie utérine. En fait, il faudrait peut-être plus nuancer. Dans l'hypotrophie génitale (que l'utérus soit rétro ou antéversé) il existe presque toujours des troubles hormonaux qui jouent un rôle non négligeable sur la fécondité.

C - <u>En conclusion de ce chapitre d'évolution de la rétroversion utérine essentielle</u>.

1° La rétroversion utérine constitue un facteur d'aggravation indiscutable sur les phénomènes hormonocirculatoires et inflammatoires responsables de la plupart des troubles cliniques.

2° Si aux troubles sus-cités s'ajoute un inachèvement du développement structural de l'organe l'avenir de la malade sera encore assombri par la survenue possible des troubles obstétricaux divers.

3° La gravidité joue un rôle accélérateur néfaste sur les troubles circulatoires et inflammatoires et entrainera par ailleurs dans les suites éloignées de l'accouchement une ptose génito-urinaire secondaire presque inéluctable.
La grossesse et l'accouchement ont également pour conséquence de conduire à son achèvement total la bascule du fond utérin, limitée antérieurement à

ses stades initiaux = horizontaux et intermédiaires. Chez la femme qui n'a pas eu l'occasion ou la possibilité de devenir enceinte, l'évolution sera plus lente mais tout aussi inexorable, ne lui évitant pas les conséquences de la négligence thérapeutique primitive.
(Par exemple, le cas de cette soeur de l'ordre des Carmélites qui vient consulter à l'âge de 51 ans car les troubles qui l'affectent depuis son jeune âge deviennent de plus en plus intolérables. L'exérèse chirurgicale de son utérus retrodévié la guérit parfaitement.)

4º La rétroversion utérine est donc une maladie qui évolue.
Si certains auteurs préférent l'abstention thérapeutique ou une surveillance simple des formes peu importante,s nous préconisons au contraire une attitude interventioniste précoce qui va désamorcer au stade initial le processus d'évolution pratiquement de règle surtout dans les bascules complètes du troisième degré.

Nous faisons remarquer aussi que toutes les rétroversions utérines essentielles ne présentent pas d'emblée toutes les graves perturbations que nous avons décrites. Il y a tous les degrés d'importance possible. Mais chaque cas examiné ne représente qu'une étape temporaire, qu'un témoignage du moment. Il a tendance à s'aggraver dans le temps si on ne corrige pas le facteur néfaste qu'est le vice positionnel.

II . Evolution de la rétroversion acquise

L'évolution sera davantage influencée par l'importance des lésions annexielles infectieuses causales que par le vice de position en résultant qui leur confèrent cependant un coefficient indiscutable et permanent d'aggravation.

Ce sont avant tout les douleurs persistantes et la stérilité surtout secondaire qui imposeront la nécessité d'un traitement chirurgical s'il veut être curateur.

Le résultat de l'intervention, s'il est satisfaisant du point de vue général, l'est malheureusement infiniment moins dans le domaine de la stérilité ; tout dépend de l'étendue et de la gravité des lésions inflammatoires chroniques.

Nous n'insistons pas plus longuement sur ce chapitre.

==========

T R A I T E M E N T

C'est le chapitre le plus controversé et l'accord ne s'est pas encore fait, même à l'heure actuelle, tant du point de vue indications que modalités thérapeutiques à choisir.

Ceci s'explique facilement par la divergence :

- d'une part des conceptions tant étiopathogéniques, évolutives que pathologique
- et d'autre part, des résultats (souvent pour une même méthode) selon les divers auteurs.

I . MODALITES THERAPEUTIQUES

Trois orientations d'importance inégale peuvent être retenues, celles d'ordre médical, d'ordre physicothérapique et d'ordre chirurgical.

A - Méthodes médicales

Elles n'auront le plus souvent qu'un effet palliatif mais ont leur utilité dans les formes bénignes du premier ou second degré ou chez les malades refusant la chirurgie. Surtout elles représentent un complément de la physicothérapie et de la chirurgie, soit à la phase préopératoire (en préparant la malade à une intervention dans de bonnes conditions) soit dans les suites de l'opération en parachévant le traitement.

1º Toute la gamme des antiinflammatoires, antibiotiques ainsi que les sulfamides ont une action efficace dans les poussées infectieuses aiguës. Elles réduisent notablement l'intensité et la durée de la flambée aiguë sans pouvoir toujours cependant faire disparaître radicalement les conséquences secondaires et le passage à la chronicité. Dans cette éventualité, on n'aura aucun avantage à poursuivre plus longtemps l'administration de ces produits qui n'ont plus d'effet même à doses plus fortes et plus prolongées.

2º Tous les antalgiques peuvent être utiles ainsi que les injections chaudes sédatives, la columnisation vaginale avec des tampons glycérinés et même les cataplasmes.

3º Les médicaments à destinée circulatoire (vitamine C.P., Clavanoïdes) peuvent être logiquement utilisés, vu la fréquence des troubles vasculaires. Mais leur action sur la sphère génitale est souvent insuffisante à doses habituelles. En effet, pour obtenir une action locale efficace, on devra utiliser des doses importantes qui risquent d'entrainer des incidents ou accidents secondaires.

4º Les conditions de vie et d'hygiène ainsi que les petits soins locaux (ovules, injections vaginales, poudrages vulvaires, pommade vulvo-périnéale)

ne doivent pas être négligés car ils préviennent la survenue d'un foyer infectieux et améliorent les cervico-vaginites.

5° Les massages gynécologiques sont préconisés depuis longempps. Ils sont remis en honneur par NETTER dans les rétroversions avec paramétrites douloureuses en particulier celles qui provoquent la contracture des ligaments utéro-sacrés.
On conseille deux séances par semaine pendant au moins trois mois.

6° Traitement de posture :
C'est la position genu-pectorale en attitude de prière mahométane, 1/4 h matin et soir ainsi que le décubitus ventral la nuit. Ce traitement postural améliore souvent la douleur mais ne maintient pas l'utérus en bonne position. Il serait indiqué surtout dans la grossesse et les suites des couches.

7° L'emploi du pessaire :
Méthode ancienne, elle conserve encore des partisans pour sa valeur thérapeutique (prévention par exemple d'une rétroversion utérine post-gravidique) et pronostique (épreuve test prévoyant le résultat d'une reposition sanglante). Nous utilisons de préférence le pessaire de HODGE ou le pessaire en berceau quand il existe un certain degré de prolapsus.
Mais le pessaire a de nombreux inconvénients :

- il ne s'utilise que dans une rétroversion utérine mobile,
- la présence d'un hymen chez la femme vierge contre-indique son emploi,
- les infections par voie basse, les ulcérations vaginales ainsi que les concrétions calcaires par défaut d'hygiène et de surveillance restreignent la tolérance et limitent la durée et l'étendue de son application.

8° Le traitement du terrain neurovégétatif et psychologique est utile ne serait-ce que pour calmer et préparer ces malades anxieuses et nerveuses de constitution.

9° Le problème de l'hormonothérapie :
Le déterminisme hormonal dans le développement des organes génitaux voit dans l'avènement de l'endocrinologie moderne un terrain d'espérance et de succès. Il semble logique de pallier ou de corriger les troubles hormonaux des vices de positions et assurer la reprise du développement de l'organe gestateur par une opothérapie bien adaptée. Mais après un succès initial apparent et souvent spectaculaire, on assiste fréquemment à l'aggravation de l'insuffisance endocrinienne médicalement induite. Par ailleurs il est connu que ce traitement aggrave le terrain vasculaire.

Ces constatations souvent remarquées nous incitent à mettre en garde contre l'utilisation abusive de ces produits dont l'aspect moderne flatte et encourage beaucoup trop d'esprits. Ce n'est cependant qu'un simple appel à la prudence dans l'état actuel de nos connaissances et rien ne prouve que cette voie ne sera parfaitement justifiée dans l'avenir.

10° Enfin, pour être complet, nous citons les dilatations du col (aux bougies ou laminaires) dans les sténoses du col des anteflexions accentuées ainsi que leur redressement par des instruments endo-utérins dont le plus connu est le tube d'IRIBARNE.

Ces traitements méritent d'être abandonnés, à notre avis, en faveur de la physicothérapie.

B - La physicothérapie

1° Principes et propriétés

Les traitements par agents physiques sont destinés à provoquer une vasodilatation et donc une augmentation du flux sanguin, support de toute guérison quel que soit l'organe ou la maladie considérée.

Cette hyperhémie importante améliore considérablement les échanges nutritionnels, l'assimilation énergétique, l'élimination des déchets, c'est-à-dire favorise le métabolisme général des tissus.

Ainsi, il en résulte plusieurs effets :

- Une accélération et une augmentation des sécrétions hormonales notamment ovariennes dont la glande a subi une reviviscence circulatoire.
Cette reprise sécrétoire auparavant déficiente ou mal équilibrée par la glande elle-même c'est-à-dire de la façon la plus physiologique possible permet d'améliorer la défense de l'organisme et de stimuler la croissance des organes génitaux hypotrophiques.

- Sur les inflammations, la physicothérapie a une action efficace en :

  . résorbant les exudats inflammatoires par action directe ou par intermédiaire des hormones,
  . en diminuant le pH sérique d'où une plus grande vulnérabilité des germes pathogènes, et facilite ainsi le système de défense (phagocytose),
  . une action bactéricide est même avancée selon certaines expériences réalisées.

- D'autres effets bénéfiques secondaires sont portés à l'actif des agents physiques. Par exemple : sur le système végétatif, ils exercent une action sur la sympathicotonie et élévent la vagotonie.

2° Avantages

- Par rapport aux médications à visée circulatoire, la physicothérapie a l'avantage d'avoir une action locale qui ne retentit que faiblement ou pas du tout sur la circulation générale d'où sa totale inocuité.

- Il n'a pas les conséquences néfastes secondaires de l'hormonothérapie.

- Enfin, il est facilement applicable et bien supporté : indolence parfaite et absence d'appareillage compliqué en particulier vaginal.

3° Quelles sont les ondes utilisées ?

La loi de SCHLIEPHAKE implique que les ondes courtes se propagent dans l'organisme en raison inverse du poids moléculaire des tissus qu'elles traversent.

Dans le domaine de la gynécologie qui nous intéresse, nous utilisons les ondes avoisinant 12 mètres de longueur d'onde et qui parcourent plus électivement les parties molles.

Les rayons infra-rouges aux principes un peu différents se conjuguent dans leurs actions aux ondes courtes. Bien que leur pénétration soit peu profonde (moins de 3 mm dans les téguments) leur retentissement dans la profondeur par la vasodilatation superficielle induite est indéniable. Les infra-rouges employés ont une longueur d'onde de l'ordre de 60 000 Å.

4° Mode et conditions d'application

Les ondes courtes et les infra-rouges sont en général combinés.

- Deux applications de 20 mn chacune peuvent être associées successivement au cours de la même séance.

- 20 à 30 applications espacées de 1, 2 ou 3 jours doivent être prescrites selon les possibilités d'exécution et selon la gravité, l'ancienneté et le caractère plus ou moins invétéré de chaque cas.
L'amélioration ne se fera sentir qu'au bout de quelques mois et se prolongera pendant largement une année.

- Dans les cas sévères et rebelles, notamment sous l'influence néfaste de l'opothérapie abusive et mal conduite, la série pourra être renouvelée à des intervalles plus ou moins éloignés (20 séances dans une ou deux ou plusieurs années après).

A chaque fois, l'effet bénéfique semble s'ajouter aux précédents et améliore les résultats obtenus à condition que le stade irréversible des lésions tissulaires ne soit pas encore atteint, c'est-à-dire en général chez des femmes n'ayant pas plus de 35 ans. D'où l'intérêt d'une thérapeutique précoce, prenant en considération la patiente dès son jeune âge, principe même de la Gynécologie juvénile.

5° La diathermo-coagulation

Nous avons vu dans le chapitre "évolution" que les phénomènes inflammatoires chroniques pelviens sont en partie conditionnés par le défaut de la statique et les foyers infectieux initiaux en général cervico-utérins.

Aussi, l'euphorie ressentie par la patiente ne doit pas faire oublier ces notions et la guérison totale ne sera obtenue :

- qu'après correction mécanique des troubles de la statique utérine,
- et la destruction des foyers infectieux exo et endocervicaux.

Pour traiter ce dernier facteur, la meilleure méthode est l'électro-coagulation diathermique proposée, défendue et diffusée depuis longtemps par J.E.MARCEL. Elle détruit les foyers d'infection et agit par carbonisation complète des éléments cyclindriques glandulaires et surtout des cellules indifférenciées de la couche basale.

Toute possibilité de cicatrisation métaplasique est écartée et le recouvrement s'effectue par glissement concentrique de l'épithélium.

Dans un travail portant sur 2 500 cas, le Pr. CONTAMIN a donné les résultats et prouvé les grandes possibilités thérapeutiques de cette méthode. Cependant, comme tout traitement, l'indication exacte et l'exécution parfaite de la coagulation sont les conditions nécessaires du

succès. Malheureusement, elles sont très souvent non observées. Ainsi, MUSSET et coll. critiquent récemment encore les abus de cette méthode, trop souvent entreprise sans but précis pour "faire quelques chose".

- leur emploi dans les annexites ou endocervicites purulentes donne de graves poussées infectieuses :

- la destruction d'un ectropion juvénil est regrettable car celui-ci augmente la glaire cervicale et favorise la fécondité.
- les E.O.A. invasifs électrocoagulés par mégarde peuvent subir des poussées par appel accru de lymphe.

Enfin, les fautes techniques par E.C.G. trop profonde et appuyée sont fréquentes.

. Hémorragie sur l'exocol par chute d'escarre. Elle constitue plutôt un incident qu'un accident car elle est guérie le plus souvent après un saupoudrage à la tetracaïne adrénolone. Elle impose cependant la surveillance des malades électrocoagulées.

. Fréquentes aussi sont les scléroses cicatricielles, facteur de sténose cervicale souvent fixée, irréductible et nécessitant un traitement chirurgical.

Ces incidents techniques souvent observés prouvent que ce geste, si facile en apparence, demande cependant une bonne expérience et un coup de main sûr.

C - Traitement chirurgical

La chirurgie est un temps capital dans la cure des rétrodéviations. En effet, le maintien de l'utérus en anteversion et anteflexion physiologique est la condition primordiale pour assurer le plein succès des autres traitements complémentaires. Il nous est inutile de décrire les innombrables procédés chirurgicaux et leurs variantes mais d'emblée, retenons certains principes élémentaires :

1° Toute technique chirurgicale doit être exécutée de façon parfaite. C'est l'évidence même et pourtant les différences de résultats des diverses statistiques pour une même technique permet de constater qu'il est loin d'être réalisé.

2° L'utérus, organe gestateur, est éminemment mobile et nécessite au cours de la grossesse des variations de volume considérable.
Par ailleurs, il est à l'étroit dans le petit bassin entre deux réservoirs que sont la vessie et le rectum. Toute technique chirurgicale conservatrice chez la femme jeune ne doit donc ni s'opposer à son développement gravidique ni entraver le fonctionnement des viscères voisins.

3° Dans l'optique de la chirurgie moderne qui se veut la plus atraumatique possible, le traitement le plus simple, le plus physiologique et le moins traumatisant doit prendre le pas sur les techniques difficiles compliquées et exagérées par rapport au but recherché (les résultats étant bien-sûr les mêmes).

4º Le redressement de l'utérus n'est pas unique et souvent on doit associer des gestes complémentaires sur les lésions de voisinage, celles que LEGROS dénomme la "pathologie d'environnement".

5º Le choix du traitement est fonction de l'âge, du but recherché, du désir de procréation, de la durée de l'évolution (et par conséquent de l'intensité et dans la réversibilité des phénomènes hormono-inflammatoires).
Il en résulte que la chirurgie peut être envisagée de deux façons extrêmement différentes :

a - la première conservatrice, la plus intéressante, a pour but de remettre l'organe dans la position normale et permettre la mise en oeuvre des moyens médicaux et physiques avec une chance plus appréciable de succès.

b - l'autre, radicale, souvent non citée car elle ne représente pas un traitement propre aux troubles de la statique. De plus elle représente un aveu de l'échec des tentatives conservatrices. Ses indications sont cependant utiles dans certains cas.

C'est selon ce plan que nous allons envisager les techniques chirurgicales.

1 . Opérations conservatrices

Parmi les multiples procédés techniques, l'école grenobloise de Gynécologie donne une nette préférence aux méthodes de ligamentopexie car elles répondent aux principaux critères sus-cités :

. elles sont particulièrement simples dans leur exécution ;
. elles sont physiologiques, n'entravant ni la mobilité ni le développement utérin ni le fonctionnement des viscères voisins ;
. elles sont efficaces et bénignes ;
. elles ne sont pas exagérées par rapport au but recherché :

Remettre l'organe dans sa place normale, condition nécessaire et favorable pour la bonne suite de l'évolution.

Mais le principe même de l'utilisation du ligament rond, souvent grêle, de complexion médiocre est parfois contesté. Nous répondons à ces reproches en faisant remarquer :

. que les ligaments n'ont qu'un rôle d'orientation qui ne nécessite donc pas une résistance considérable ;
. qu'il existe toujours, quel que soit l'état du ligament, une zone juxta-utérine suffisamment étoffée pour permettre la pexie ;
. enfin les résultats anatomiques et l'absence de récidive sont une bonne preuve supplémentaire.

Les fautes grossières de technique (traction exagérée des annexes, coudure des trompes, fixation trop haute ou trop basse...) ne doivent plus se voir et un minimum de principes,pratiques élémentaires, est à respecter minutieusement.

Ces interventions si anodines et si simples deviendraient, sans quoi, de mauvaises opérations, transformant un état jusqu'alors supportable en un état péniblement douloureux ou même des interventions dangereuses avec des complications gravissimes dont la plus connue et citée est l'occlusion intestinale mécanique.

Ces notions nous amènent à décrire et insister sur certains points particuliers de technique, les procédés utilisés à la clinique chirurgicale gynécologique, actuellement bien standardisés après des années de pratique et qui sont inspirés à quelques variantes près des conceptions de Doleris.

Puis nous rappellerons succintement les autres méthodes conservatrices.

A) Techniques de ligamentopexie

Deux voies d'abord peuvent être utilisées : extra et intra-péritonéales, chacune ayant ses avantages et ses indications propres.

a - la voie extra-péritonéale. La technique décrite par ALQUIE, ALEXANDER, ADAM, ARCE
dite des "4 A", repose sur le raccourcissement des ligaments ronds à leur sortie du canal inguinal et leur fixation à sa paroi.

- VILLARD (Lyon) a substitué à cette double incision inguinale une incision de PFANNENSTIEL très basse, particulièrement solide et esthétique. Quelle que soit l'incision choisie, le ligament rond est facilement repéré et attiré au dehors en refoulant le cul de sac péritonéal au moyen d'une compresse. Après résection à la demande, les deux ligaments sont soit fixés isolément à la paroi du canal inguinal, soit réunis sur la ligne médiane, le tissu en excès étant pareillement réséqué. Le noeud ligamentaire ainsi réalisé est ensuite enfoui sur la ligne médiane sous l'aponévrose des Muscles Grands Droits.

Cette technique extra-péritonéale, évitant l'ouverture de la séreuse, supprime le danger bien improbable de nos jours, de l'infection de la grande cavité, jadis redoutable et parfois mortelle. Nous éloignerons de même la possibilité de la survenue d'adhérences annexielles et péritonéales qui, quels que soient les procédés et les précautions utilisées, continuent à grever fréquemment le passif de toute laparotomie, préparant les sub-occlusions et les occlusions futures, obligeant à l'intervention d'urgence.

Mais les patientes ne pourront bénéficier de ces derniers avantages que si l'on a acquis la conviction qu'aucun geste chirurgical ne sera nécessaire sur les annexes et que l'utérus sera fixé parfaitement dans la situation physiologique recherchée.

- Or, actuellement, l'utilisation de la pelviscopie pré ou per-opératoire suivant l'excellente technique de Kurt SEMM (Kiel) nous fixera avec certitude avant d'intervenir sur la voie qu'il convient de choisir :

Extra-péritonéale, l'intervention se limitant à une simple ligamentopexie dont le pelviscope laissé en place contrôlera l'exécution ou intra-péritonéale si les annexes, de par leurs lésions, nécessitent un traitement approprié (résection d'adhérences, ovariectomie partielle, opération plastique sur la trompe).

b - la voie intra-péritonéale
sera réservée aux contre-indications de l'abord extra-péritonéal.

La ligamentopexie utilisera chez les jeunes filles et les jeunes femmes l'incision esthétique de PFANNENSTIEL, surtout si elle est tracée concave en bas, contournant le relief graisseux du Mont de Vénus, à la limite de l'insertion pileuse.

Si des difficultés opératoires quant à la chirurgie conservatrice et restauratrice des annexes sont prévisibles et même prévues si l'on a pratiqué l'examen pelviscopique, il sera préférable d'utiliser la classique laparotomie médiane sous-ombilicale qui nous donnera un jour plus large sur des lésions dont le traitement chirurgical exige le plus souvent une exécution soigneuse.

B) Détails de technique

Nous choisirons l'abord par cette incision comme type de description. Nous n'insisterons d'ailleurs que sur les points particuliers permettant d'obtenir en toute circonstance, le résultat mécanique recherché. (Figure 6).

Une anse de catgut glissée provisoirement à l'endroit convenable sous le ligament rond permettra son attraction pariétale et son extériorisation, soulevant aussi bien l'utérus que les annexes.

Le schéma 1 montre la réalisation idéale de ce geste capital. Par contre, le passage trop interne du fil de suspension, s'il maintient bien la corne utérine, est sans effet sur la chute de l'annexe prolabée. (Schéma 2).

Le défaut opposé est observé sur le schéma 3 ; le passage trop externe du fil, s'il corrige bien le prolapsus annexiel, essentiellement ovarien, n'agit pas sur la fixation en position antérieure physiologique de l'utérus.

Ce choix ayant été fait, il reste à déterminer le point optimum où la paroi abdominale devra être traversée par la pince courbe qui ira chercher les chefs des fils de traction du ligament rond et les attirera au dehors. Sa pointe mousse évitant de blesser les vaisseaux épigastriques soigneusement repérés au préalable, perforera le corps du Muscle Grand Droit approximativement à l'union de son quart externe et de ses 3/4 internes dans le plan frontal par le fond utérin replacé manuellement en position physiologique.

Le passage aussi symétrique que possible des deux anses ligamentaires étant effectué, l'on devra vérifier l'effet de la suspension ainsi

TECHNIQUES DE LIGAMENTOPEXIE

Photos.Schémas

FIGURE 6 - DETAILS DE TECHNIQUE DE LA LIGAMENTOPEXIE

FIG. 6 - n° 1 : PASSAGE IDEAL SOULEVANT A LA FOIS L'UTERUS ET L'ANNEXE.

FIG. 6 - n° 2 : LA TRACTION EST TROP INTERNE, SOULEVANT UNIQUEMENT L'UTERUS MAIS SANS EFFET SUR LES ANNEXES.

FIGURE 6 - DETAILS DE TECHNIQUE DE LA LIGAMENTOPEXIE

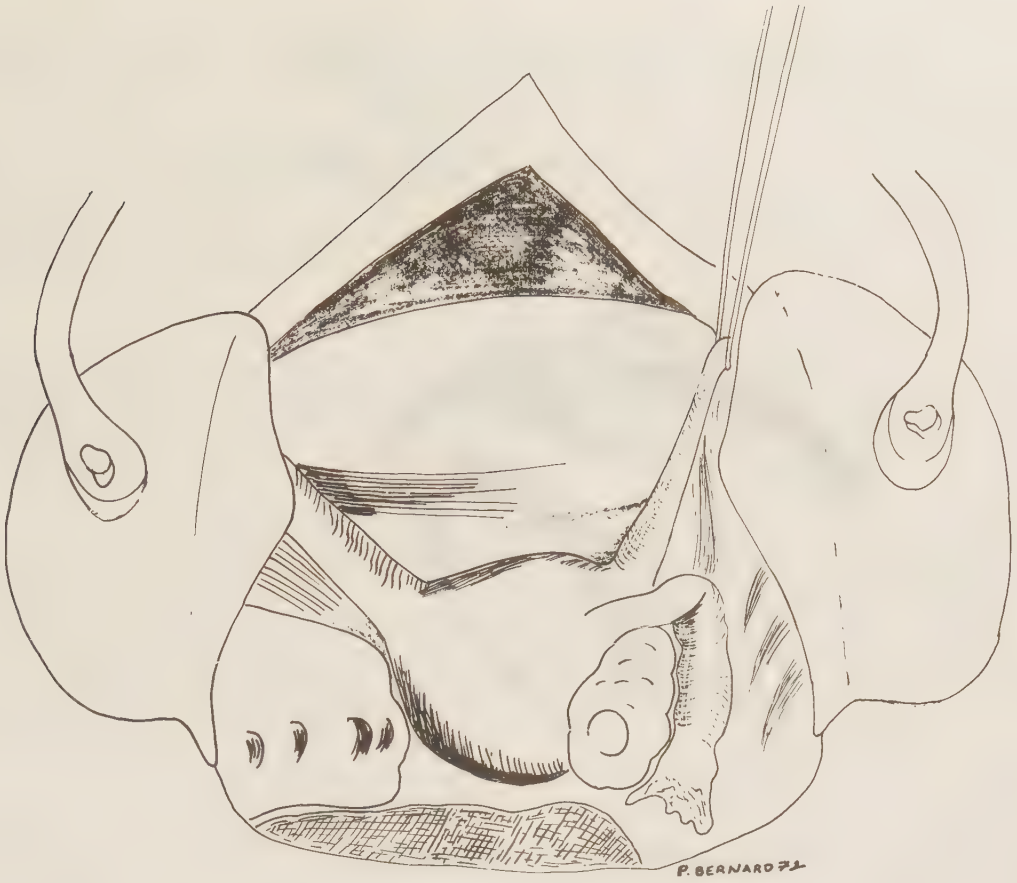


FIG. 6 - n° 3 : LA TRACTION EST TROP EXTERNE, SOULEVANT BIEN L'ANNEXE, MAIS SANS EFFET SUR L'UTERUS.

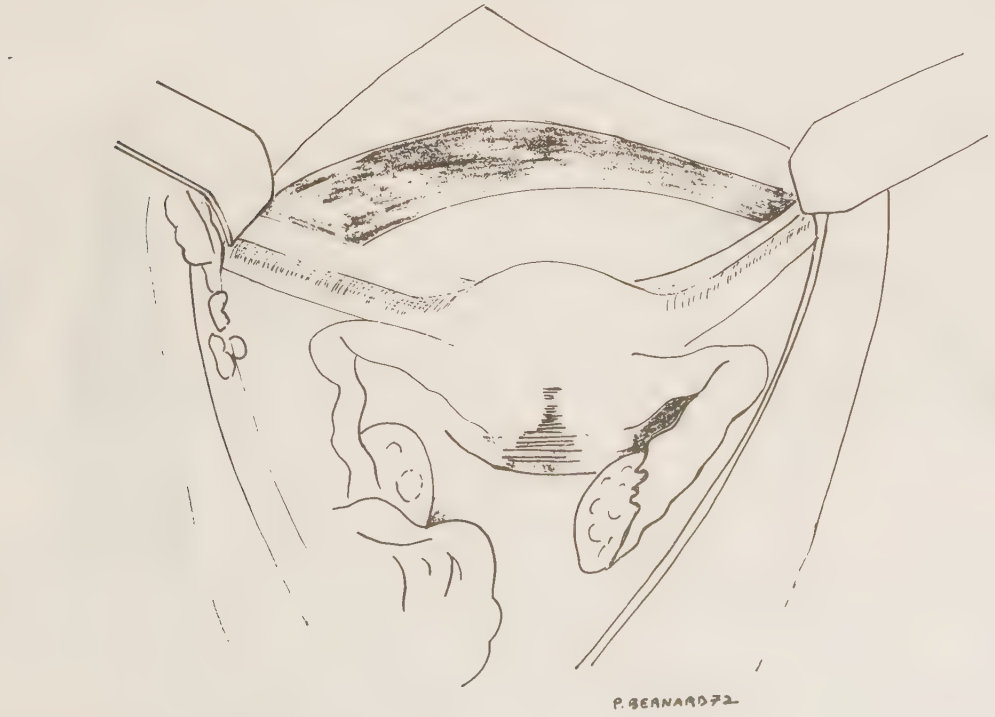


FIG. 6 - n° 4 : ULTIME VERIFICATION DE LA PARFAITE REDUCTION AVANT LA FERMETURE DU PERITOINE.

FIGURE 6 - DETAILS DE TECHNIQUE DE LA LIGAMENTOPEXIE

FIG. 6 - n° 5 : VERIFICATION DE LA SUSPENSION :

1. Il n'existe aucune hémorragie au point de traversée pariétale.
2. La trompe n'est pas attirée par la traction ligamentaire vers l'orifice de passage du ligament rond.

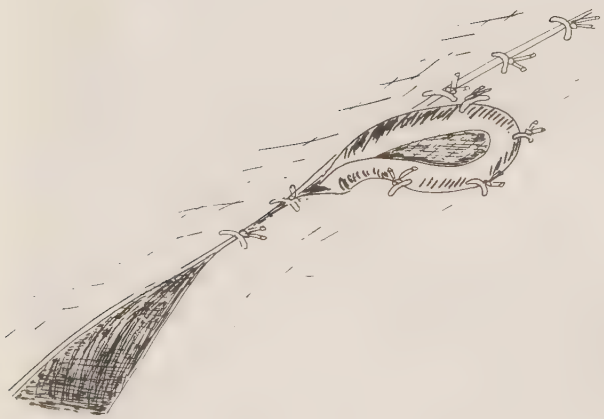


FIG. 6 - n° 6 : FIXATION EN PALETTE DE LA BOUCLE DU LIGAMENT ROND A L'APONEVROSE SUPERFICIELLE DU MUSCLE GRAND Ddroit.

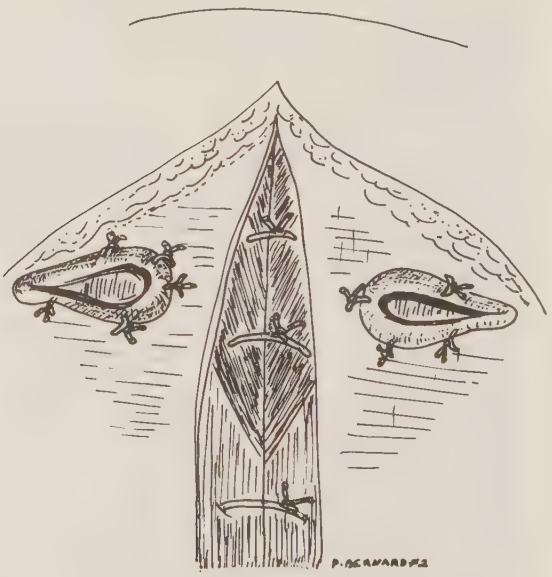


FIG. 6 - n° 7 : VUE AVANT LA FERMETURE DES DERNIERS PLANS DE LA PAROI.

réalisée qui ne devra absolument pas entraîner la trompe dans le canal pariétal néoformé (fig. 4). En principe le coude de la trompe réalisée par la traction du ligament rond doit rester distant de la paroi d'au moins un centimètre.

Ceci étant vérifié par la vue (fig. 5), l'on solidarisera immédiatement, afin qu'aucun déplacement ou glissement secondaire ne se produise, les deux anses du ligament rond replié, aux fibres du Muscle Grand Droit qu'elles traversent.

Après une ultime vérification de la parfaite exécution de la ligamentopexie et de l'absence de tout suintement sanguin si l'on est intervenu en même temps sur les annexes, l'on peut procéder sans crainte à la fermeture de la séreuse péritonéale et à la suture sur la ligne médiane de l'aponévrose superficielle des Grands Droits de l'abdomen.

Il ne nous reste désormais qu'à fixer à la surface de l'aponévrose l'anse formée par des ligaments ronds qui sera étalée en forme de palette et maintenue par 5 points marginaux au catgut fin (fig. 6). Les deux spatules ligamentaires ne devront pas être amenées au contact sur la ligne médiane, ce qui pourrait provoquer une fibrose cicatricielle secondaire douloureuse (syndrome de l'anse ligamentaire incluse de H.G. ROBERT). Le schéma 8 montre une vue finale de la fixation.

Dans le but d'éviter tout hématome secondaire, l'hémostase du tissu cellulaire sous-cutané devra être rigoureusement assurée soit au bistouri électrique, soit au catgut fin. L'on s'abstiendra formellement de l'utilisation de tout matériel de suture non résorbable qui n'ajoute rien à la solidité de la plastie mais qui est par contre à la source de beaucoup d'ennuis d'élimination, prolongeant désagréablement la durée des suites opératoires.

Les suites de ces interventions sont en général très simples et le lever précoce doit être conseillé pour éviter les ennuis emboliques toujours possibles chez ces malades présentant souvent des troubles vasculaires et veineux.

Cette technique, si elle est scrupuleusement suivie, mettra leurs auteurs à l'abri des reproches justifiés adressés aux ligamentopexies mal exécutées et surtout abandonnées sans le complément des soins post-opératoires (médicaux et physiques) que nous jugeons pour notre part absolument indispensables.

C) Nous avons vu le procédé type de la ligamentopexie. Deux variantes de technique peuvent être également utilisées selon les préférences de l'opérateur :

1º Procédé de GILLIAM (Colombus)

Cet auteur conseillait également une fixation séparée des anses ligamentaires en spatule, mais en sous-aponévrotique.

2º Procédé de PELLANDA (Lyon)

La ligamentopexie est effectuée en utilisant l'incision transversale de PFANNENSTIEL.

- Le jour donné par cette ouverture est malgré tout suffisant pour effectuer des interventions simples sur les annexes.
- L'acte pratiqué dans la partie basse du petit bassin prédisposera peut-être moins aux adhérences secondaires.
- Le point de traversée pariétale est plus extérieure, en dehors des Droits.
- La fixation pariétale des ligaments ronds se fait en les incluant dans chaque point de la suture réunissant lèvre à lèvre l'incision transversale de l'aponévrose superficielle.

D) Nous ne faisons que rappeler les autres méthodes conservatrices les plus souvent citées dans la littérature et parfaitement décrites dans d'autres travaux.

a - Certains auteurs comme BOMPART (Paris), SOUTOUL (Tours), SKOUVAKLIS (Genève) et d'autres encore ont cherché à réunir dans les procédés qu'ils décrivent les avantages de l'abord intrapéritonéal et ceux de la fixation ligamentaire sous-péritonéale.

b - Les ligamentopexies rétro-utérines en particulier la technique de WEBSTER-BALDY-DARTIGUES.
Le Professeur CONTAMIN a décrit une variante de ce procédé : au lieu de réaliser une sangle ligamentaire rétro-utérine trop étroite il augmente la surface d'appui en étalant les deux anses ligamentaire et procédant ainsi à un rapprochement de deux triangles ligamentaires à base médiane.

c - Les procédés de raccourcissement des ligaments ronds.
. la technique de WYLIE-DUDLEY par plicature simple des ligaments ronds.
. le procédé de MOCQUOT raccourcit les ligaments après leur section et accolement en parallèle.

Ce procédé qui semble petre physiologique lèse en réalité la vascularisation et peut altérer la trophicité ultérieure des ligaments raccourcis (SOUTOUL).

d - Les techniques de plastie péritonéale.
. l'utilisation du péritoine vésico-utérin constitue le procédé de PESTALOZZA.
. le cloisonnement du cul-de-sac de Douglas (MARION) est un "mythe" inaccessible" car le point déclive chez l'opérée n'est pas le Douglas mais le creux de la face antérieure de l'ampoule rectale. On peut faire une bourse recto-vaginale mais qui se trouvera haute, antérieure, non déclive et donc inutile (ROBERT).
. les procédés délicats à exécuter de Douglassectomie (JAMAIN et LETESSIER) ou de l'exclusion du Douglas (BRET et BARDIAUX).

e - Enfin, certaines pexies isthmiques postérieures (procédés d'AMELINE et de HUGIER) ont un risque non négligeable de spondylodiscite secondaire.

E) Nous terminons ce chapitre de chirurgie conservatrice en citant certains gestes complémentaires souvent associés à la correction du défaut positionnel: Les résections partielles des O.S.K., la fixation de l'ovaire prolabée, la chirurgie de la trompe (codonolysis, salpingostomie le plus souvent terminale), la résection du nerf présacré.....

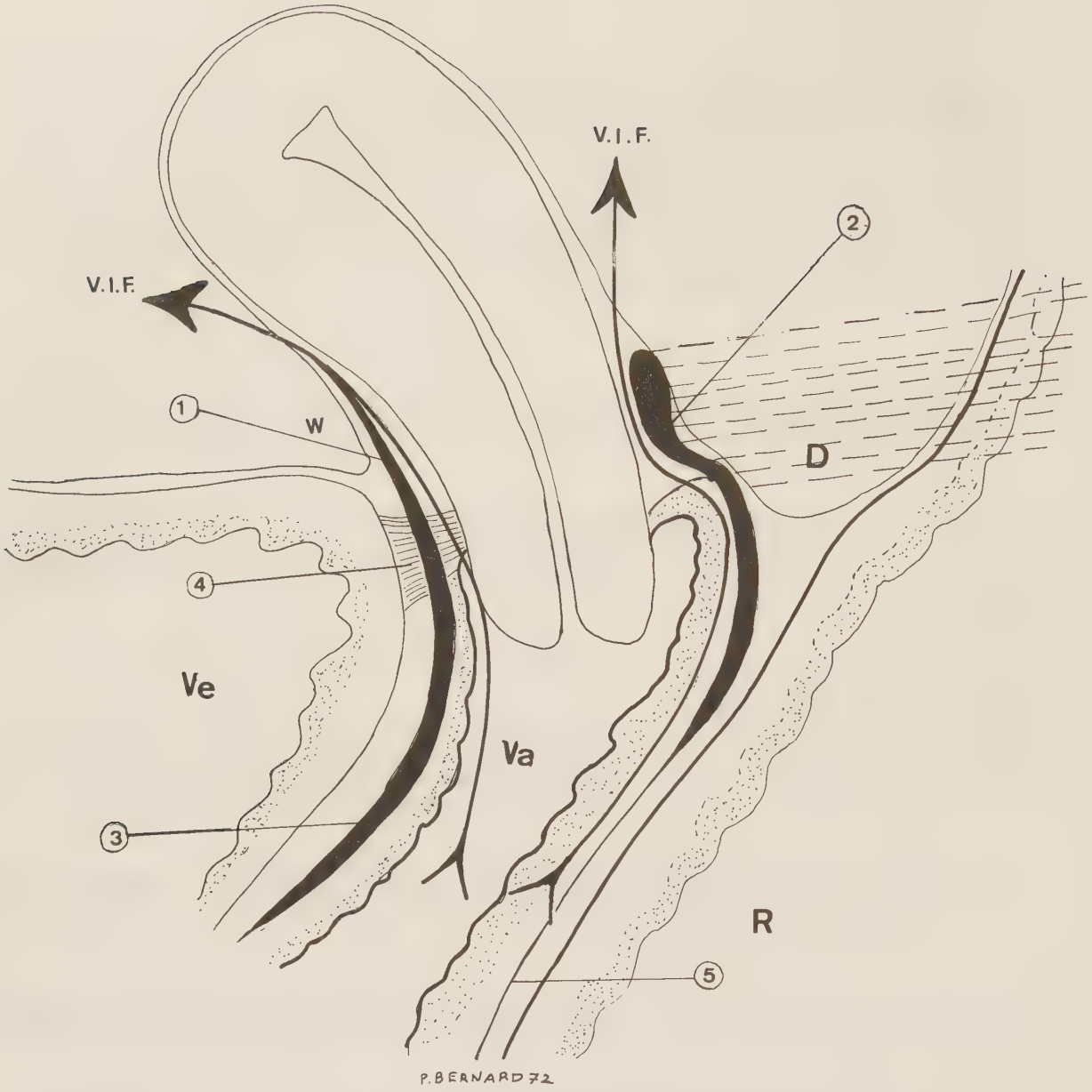


FIG.1a

FIGURE 7 : SCHEMA MONTRANT LE PRINCIPE DE L'HYSTERECTOMIE PAR LA VOIE INTRA-FACIALE (VIF)

Ve = Vessie
Va = Vagin
D = Cul-de-Sac de Douglas
R = Rectum
W = Cul-de-Sac vésico-utérin de Waldeyer

1 = Fascia précervical
2 = Fascia rétrocervical
3 = Fascia d'Halban
4 = Ligament vésico-utérin
5 = Cloison recto-vaginale

2 . La chirurgie radicale

Il s'agit de l'exérèse totale ou partielle avec conservation des annexes ou non de la matrice malade. Bien qu'elle ne représente pas un traitement propre aux anomalies topographiques génitales, ses indications dans certains cas de lésions irréversibles chez des femmes d'un certain âge nous amène à rappeler ici certaines notions de tactique plutôt que de technique, décrites minutieusement dans d'autres ouvrages.

A) D'emblée, rejetons les exérèses partielles (hystérectomie subtotale) car il ne saurait être question de conserver un col le plus souvent infecté chroniquement et générateur de prolongements inflammatoires dans les tissus cellulaires du petit bassin, sans parler du risque non minimisable de dégénérescence néoplasique du col restant.

B) Concernant les annexes, nous donnons la préférence aux procédés radicaux. La conservation ovarienne, possible et défendable chez les femmes jeunes ou présentant un psychisme particulier (FUNCK, BRENTANO, Congrès de Gynécologie - 1959),est, à notre avis, la source le plus souvent de désillusions et de nuisances à la patiente plutôt que de son bien-être. Nous allons revoir cette question dans les indications.

C) Les deux voies classiques de la gynécologie haute et basse peuvent être utilisées :

- voie haute abdominale

Nous utilisons, dans cette pathologie non cancéreuse, le procédé intrafascial exploitant l'espace décollable limité extérieurement par les fascias pré et rétro-cervicaux et qui offre de nombreux avantages. (Figure 7)

. suppression du risque de blessure de la vessie et des uretères, refoulés avec le fascia précervical.
. libération moins dangereuse des adhérences intestinales (inflammation, endométriose) qui sont écartées en bloc avec le fascia rétrocervical.
. le cercle vasculaire péri-cervical de HUGIER est extrafascial. L'hystérectomie intrafaciale respecte donc en principe cette vascularisation et permet une cicatrisation plus facile.
. meilleure conservation des attaches fibro-musculaires de l'utérus surtout au niveau des ligaments larges et utéro-sacrés permettant une reconstitution plastique efficace en fin d'opération, fixant solidement le moignon vaginal et les organes qui en sont solidaires (vessie et rectum).

- la voie basse vaginale

Le procédé intrafacial a encore ici la préférence. Sa pratique exige certainement plus de difficultés techniques, mais dont l'expérience et l'observation des règles techniques strictes permettent rapidement de surmonter.

Cette voie basse permet par ailleurs la reconstitution plastique de la paroi vaginale postérieure en utilisant les hémigaines prérectales découvertes et longuement décrites dans les travaux du Pr. CONTAMIN.

3 . Voici un aperçu d'ensemble des différents moyens thérapeutiques utilisés dans les cas opérés que nous étudions :

1° Traitement préopératoire

. le traitement médical est presque toujours de mise préparant l'état local (par ovule et injection) et général (antalgiques, psychothérapie, antibiotiques en cas de poussées infectieuses).

. le pessaire n'est utilisé que trois fois.

. la physicothérapie préopératoire se retrouve dans 9 % des cas environ, et l'électrocoagulation du col est pratiquée dans 20 % des cas.

2° Chirurgie utérine

. elle est conservatrice dans 278 cas, radicale dans 71 cas, soit au total 349 cas opérés.
Plus intéressante est la technique utilisée en fonction de l'âge de la patiente.

Ages	Nombre de cas		Techniques utilisées			
			Privé		Hôpital	
	Privé	Hôpital	Pexie	Tt. radical	Pexie	Tt. radical
- 20 ans	32	16	32	0	16	0
20 à 30 ans	88	81	80	8	78	3
30 à 40 ans	56	28	43	13	25	3
40 à 50 ans	31		4	27		
+ 50 ans	17		0	17		
T O T A L	224	125	159	65	119	6

. comme on peut s'attendre de façon logique, le traitement conservateur décroît avec l'âge alors qu'inversément la chirurgie radicale augmente.

. à noter onze cas d'hystérectomie de moins de 30 ans. Nous allons revoir ces cas dans les indications thérapeutiques.

3° Traitement chirurgical complémentaire

	Clientèle privée		Malades Hospitalisées	
	Nbre de cas	%	Nbre de cas	%
Cure de Paroi	26	11	3	
Résection Ovaire	105	46,9	30	14
Nerf Présacré	13	5,8	3	
Réfection périnée	33	14,7	4	
Chirurgie des Trompes	14	6,2	5	
Myomectomie	7	3,1	4	
Cystopexie	12	5,4		
Master Allen	2		0	
Endométriose	3		0	
Appendicectomie	104	46,3	41	32

4° Traitement post-opératoire

Outre les soins post-opératoires habituels, nous avons relevé dans les dossiers le pourcentage du traitement physique.

	Clientèle privée			Hôpital		
	Nombre de cas	% du tot. des opér.	% par rapport pexies	Nombre de cas	% du tot. des opér.	% par rapport pexies
Physicoth.	82	36	51,5	44	35	37
E.C.G.	74	33	46,5	51	40	42,8

II . LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ayant en mains les différents moyens thérapeutiques précédemment exposés, nous allons maintenant indiquer l'application schématique selon chaque cas rencontré.

A - Les déviations antérieures et latérales

1º Eliminons rapidement les antéro et latéroversions qui sont toujours secondaires dans la pratique et leur étude n'a que peu d'intérêt. C'est le traitement des inflammations du petit bassin, d'une tumeur pelvienne ou autre. Nons n'insistons pas davantage.

2º Les antéflexions

Elles sont toujours congénitales et s'associent à une anomalie du développement structural de l'organe (hypotrophie ou hypoplasie). Si certains auteurs préconisent parfois le traitement chirurgical (excision postérieure cunéïforme de THIRIAR) ou la pose de tube d'IRIBARNE, pour nous, ces anomalies relèvent uniquement du traitement médico-physique.

Selon les périodes différentes de la vie, les indications varient légèrement :

a - chez la jeune fille

Les règles hygiéno-diététiques depuis longtemps préconisées peuvent avoir d'heureuses répercussions sur le développement génital et général. On peut leur adjoindre de façon bénéfique des séjours climatiques et des cures thermales.

Mais c'est surtout la physicothérapie qu'il faudrait prescrire, selon les modalités que nous avons déjà décrites.

Par son action stimulatrice vasculo-endocrinienne et anti-inflammatoire ce traitement modifie et favorise la reprise du développement de l'organe.

Pour améliorer encore les conditions circulatoires, les médications à destinée vasculaires peuvent être adjointes à ce traitement physique de fond.

Quoi qu'il en soit, il faut être patient et le traitement poursuivi avec persévérance car on ne peut s'attendre, là où la Nature a mis de longues années pour atteindre la maturité génitale, à rattraper ce retard de croissance en quelques semaines voire en quelques mois comme certains succès thérapeutiques récemment publiés ont la prétention de faire croire.

Nous voulons parler des traitements hormonaux et n'insistons jamais assez sur la méfiance et la prudence à observer en matière d'opothérapie et malgré les plus récentes découvertes d'Hormonologie.

b - chez la femme en période d'activité génitale

Les phénomènes inflammatoires, latents, jusqu'ici au cours de la vie de jeune fille, se trouvent aggravés par la vie sexuelle et le traumatisme obstétrical.

Il est évident que les poussées aiguës infectieuses doivent être jugulées par les antibiotiques.

La crise aiguë passée, l'inflammation devenue souvent chronique doit être traitée de façon correcte.

Il faut prescrire là encore le traitement physique.

L'effet bénéfique des rayons sur l'inflammation ne sera complet que si on parachève le traitement par une E.C.G. d'un col métritique, détruisant le foyer infectieux d'origine et d'entretien.

c - chez la femme enceinte

C'est souvent malheureusement à ce moment qu'on voit la patiente pour la première fois.

La dystrophie de la fibre musculaire génitale risque d'entrainer lors de l'accouchement des dystocies de parties molles. Mais on ne peut mettre en oeuvre à ce moment le traitement de longue haleine patiemment poursuivi comme les cas précédents.

Il faut conseiller ici la technique de l' "Accouchement préparé" (Pr. R. CONTAMIN) en employant l'action synergique de la vitamine E et de la progestérone au rythme d'une à deux injections par semaine.

B - Les indications thérapeutiques des rétrodéviations

Si dans les autres déviations le traitement médico-physique est conseillé, ici la chirurgie intervient et joue un rôle de premier ordre.

Nous envisageons 4 paragraphes :

- Traitement de la rétroversion utérine juvénile.
- Traitement de la rétroversion utérine post-gravidique.
- Traitement des rétroversions utérines acquises.
- Traitement de certains cas particuliers.

1° Traitement de la Rétroversion Utérine Juvénile

L'attitude négative d'abstention fréquemment observée résiste mal si on conçoit que la destinée de la jeune fille va subir une double menace :

. Les répercussions cliniques locales et générales engendrées par le vice de position (stade 3 surtout).

. L'avenir obstétrical menacé de troubles divers (stérilité, fausse couche récidivante, accouchement difficile).

Il en découle que le but thérapeutique est double :

. d'une part, interrompre le cercle vicieux de causes et effets de façon énergique et surtout précoce,
. d'autre part assurer la reprise et l'achèvement du développement génital retardé ou interrompu.

Ce double but ne pourra se réaliser que par la reposition et le maintien de l'utérus dans sa position physiologique, condition première pour la bonne suite de l'évolution.

Mais cette correction mécanique chirurgicale n'est pas tout. Elle ne constitue qu'un chaînon, bien qu'il soit le plus important de la gamme thérapeutique. Le traitement médical et surtout physique doit parachever nécessairement la chirurgie si l'on veut être complet et aboutir à des guérisons réelles et durables. C'est la négligence de ces notions fondamentales qui explique, à notre avis, les résultats médiocres et partiels souvent observés.

Ces notions étant rappelées, l'indication thérapeutique dans la rétroversion utérine juvénile est fonction du degré de l'anomalie.

a - rétroversion utérine complète ou du troisième degré

L'indication opératoire est formelle à notre avis car dans les cas abandonnés à leur évolution spontannée, par exemple quand la malade refuse l'intervention, nous n'avons jamais observé le moindre succès et même plus la moindre amélioration sensible et durable quelle que soit la thérapeutique non opératoire utilisée.

. le premier temps est donc chirurgical :
On choisit le type d'intervention répondant le mieux à chaque cas particulier. Chez ces jeunes filles, l'incision transversale de PFANNENSTIEL particulièrement esthétique obtient la préférence.

La voie intra ou extrapéritonéale dépend du bilan préopératoire et notamment de la pelviscopie qui confirme ou infirme l'existence de lésions concommitantes à traiter.

. la remise en place de l'utérus étant réalisée, le second temps thérapeutique indispensable comportant les soins médicaux, et surtout la physicothérapie ainsi que la diathermocoagulation d'un col souvent métritique doit parfaire l'oeuvre chirurgicale.

Il va sans dire que ces traitements, s'ils veulent profiter de la croissance naturelle de l'organisme, auront tout intérêt d'être mis en oeuvre aussi précocement que possible.

b - A l'opposé de ce cas extrême voué à la chirurgie, la rétroversion du 1er degré dite encore "utérus horizontal" consacrera le succès des méthodes de traitement non opératoires et non hormonales et non pas l'expectative ou l'opothérapie trop souvent conseillée par la Gynécologie et la Médecine traditionnelles.

L'application systématique des thérapeutiques médicales et surtout physico-thérapiques sur lesquelles nous n'insisterons jamais assez, aideront à l'achèvement de la maturité de l'appareil génital qui en se développant, réduira son antéflexion primitive et gagnera progressivement le lieu de son antéposition physiologique.

Une ou plusieurs séries d'applications d'ondes courtes et d'infra-rouges peuvent se révéler nécessaires à des intervalles plus ou moins espacés, car il faut garder en mémoire que dans le problème qui nous occupe, il ne s'agit pas vraiment de traiter et de guérir une maladie déterminée mais de modifier favorablement un état constitutionnel organique, ce qui est infiniment plus long et difficile à réaliser.

c - La rétroversion du second degré ou "utérus intermédiaire" mériterait du point de vue des indications thérapeutiques d'être divisée en deux sous-groupes :

Un sous-groupe II A
se rapprochant du Groupe I et où la thérapeutique non opératoire peut être proposée car elle nous a procuré un nombre appréciable de succès en corrigeant d'une manière satisfaisante la rétroversion primitive. Là aussi, la diathermocoagulation cervicale devra être discutée et effectuée s'il y a lieu car la cervicite y est souvent une manifestation associée précoce.

Le deuxième sous-groupe
que l'on pourrait dénommer II B participera davantage au Groupe III où la rétroversion est complète.

La réussite de la physicothérapie sera moins probante et très souvent l'on devra en arriver à la réduction et à la fixation ligamentaire. Cela nous apparaît d'autant moins regrettable que la plupart des rétroversions du Groupe II et particulièrement celles du sous-groupe II B évolueront après l'épreuve de la maternité vers la rétroversion totale et son cortège d'inconvénients.

Il aurait été plus indiqué et favorable d'intervenir plus précocement, sans attendre l'apparition des troubles inflammatoires et circulatoires secondaires à la rétroversion post-gravidique.

Comme souvent en médecine, le temps perdu par une attitude négative d'abstention ne se rattrape pas ou que très lentement et difficilement.

Pour résumer, nous pouvons très simplement dire qu'aucun traitement médical ou physicothérapique ne pourra avoir d'effet véritablement durable que si auparavant la mise en antéposition physiologique de l'utérus réalisant des conditions hormonales et circulatoires favorables a été assurée et cela avec la seule réserve du Groupe I et à la rigueur du sous-groupe II A, sans cependant être certain que la reposition ainsi obtenue se maintiendra après l'épreuve de la maternité.

2° Indication dans les rétroversions utérines post-gravidiques

La gravidité apporte, comme nous l'avons dit, un double élément d'aggravation :

- d'une part sur les troubles statiques, elle parachève souvent la version postérieure faisant évoluer un stade I ou II vers le stade III et associe en outre à la bascule postérieure de l'organe une ptose pelvienne presque inévitable.

- d'autre part, elle accélère l'évolution des troubles hormono-circulatoires et inflammatoires restés jusqu'ici dans un certain état de latence.

Elle montre encore une fois l'intérêt du traitement précoce.

L'indication dépendra de l'importance de ces nuisances, de l'âge et du désir de conserver ou non la fonction génito-obstétricale.

A - traitement conservateur

1.Si on a la chance de voir la patiente immédiatement après l'accouchement, le facteur d'aggravation n'ayant pas encore eu le temps d'agir, les indications et pronostic sont sensiblement les mêmes que dans les rétroversions utérines juvéniles.

- ainsi les versions du 1er et 2e degré doivent être traitées rapidement par les moyens non opératoires sans quoi l'évolution vers le stade 3 chirurgical est habituel.
C'est ici aussi que le traitement prophylactique, que nous avons déjà vu, peut être conseillé (douceur de l'accouchement, prévention des infections, lever précoce, cure positionnelle...).

- la rétroversion utérine post-gravidique du 3e degré doit être traitée chirurgicalement.
(Remarque : il faut au moins deux examens successifs pour affirmer une rétroversion utérine car on connaît des états temporaires de rétroversion post-gravidique.)

Etant donné la fréquence des lésions associées liée à la durée de l'évolution, la voie intrapéritonéale est indiquée. Elle permet de faire un bilan plus complet à ciel ouvert des lésions dont la nature est plus ou moins prévue déjà par les examens préopératoires et dont la concomittance implique un traitement à la demande, selon les cas rencontrés. On peut utiliser soit l'incision de PFANNENSTIEL toujours possible et plus esthétique soit la voie médiane plus recommandable car elle donne un jour plus large et un traitement plus aisé des lésions.

2.Les rétroversions utérines négligées vues plus tardivement. Elles atteignent souvent déjà à ce moment de l'évolution le stade terminal du 3e degré.

La concomittance habituelle de la ptose va ajouter un élément nouveau dans la cure déjà complexe du défaut de position.

Notre attitude thérapeutique est la suivante :

- le premier temps est toujours un temps chirurgical.
A la ligamentopexie, on peut associer une périnoérraphie antérieure qui ménage la possibilité d'accouchement par voie naturelle ou une cystapexie type Emile PERRIN ou MARCHAL,MARCHETTI,KRANZ si une incontinence d'urine se fait déjà sentir.

En cas de recto-elytrocèle nous pratiquons une réfection de la paroi vaginale postérieure en utilisant les Hémigaines prérectales tout en sachant que l'association des réfections périnéales antérieures et postérieures interdit l'accouchement par voie basse.

Ce sont là des cas d'espèce, dont chacune demanderait dans le domaine conservateur une longue discussion et beaucoup de bon sens.

Nous faisons remarquer ici le problème particulier posé par le creusement du Douglas, cette elytrocèle post-gravidique ainsi constituée. De nombreux auteurs essaient de le résoudre de façon logique.
. Comblement du Douglas (MARION) et surtout exclusion du Douglas (BRET et BARDIAUX) ;
. ou Douglassectomie (JAMAIN et LETESSIER).

Ces interventions,si elles sont satisfaisantes à l'esprit, comportent cependant de nombreuses difficultés techniques et ne doivent être réservées qu'à des opérateurs exercés pour acquérir les résultats désirés.

Nous n'avons pas dans nos dossiers des cas de ces méthodes, les procédés par voie basse étant chaque fois préférés.

Le problème est encore plus compliqué si la ptose génito-pelvienne est plus accentuée et la solution à trouver sera davantage celle des prolapsus. Nous ne pouvons envisager dans notre travail son extrême complexité.

Quoi qu'il en soit à la ptose génito-recto-urinaire s'associe souvent chez ces femmes multipares une ptose de la paroi abdominale qu'il faudrait corriger. La pexie utérine se fera par la voie médiane et la réfection en quatre plans de la paroi abdominale permet de restaurer dans un même temps la statique abdominale et pelvienne.

- le premier temps chirurgical remettant en ordre les problèmes de la statique, il faudrait encore associer dans un deuxième temps le traitement médical et physique.

Ceci est d'autant plus indispensable qu'ici les phénomènes inflammatoires sont déjà souvent bien avancés.

Ceci reste vrai concernant l'hypotrophie car souvent l'utérus gravide revient à son état hypoplasique antérieur. Parfois même l'organe initialement de complexion plus ou moins normale involue vers un état atrophique responsable des stérilités secondaires classiques et connues.

B - <u>traitement radical des cas post.gravidiques</u>

Mais souvent à ce stade tardif, la durée de l'évolution et le traumatisme obstétrical ont déjà causé des lésions irréversibles au-dessus des ressources médico-physiques.

Ceci joint à l'âge de la patiente nous fait pencher en faveur d'un traitement radical au lieu de tenter une reposition sanglante d'un organe irrémédiablement condamné avec un résultat médiocre voire nul.

Dans cette perspective, nous adoptons d'emblée l'hystéro-ovariectomie totale.

En effet, les exérèses partielles exécutées fréquemment selon le désir des patientes mal informées des conséquences réelles de ces interventions n'apportent souvent que désillusions et promesses de récidive.

Dans l'hystérectomie totale, avec ablation des annexes, il ne s'agit que d'une ovariectomie bilatérale et non d'une "castration hormonale" qu'il est impossible de réaliser chez la femme. Ces notions sont pourtant connues cliniquement et font l'objet de recherches dans le traitement des cancers hormonodépendants. Des suppléances glandulaires rétablissent généralement, dans un délai de quelques mois, l'équilibre provisoirement perturbé.

S'il est classique et recommandé d'attendre la ménopause ou au moins son approche pour prendre cette décision radicale, la revue de certains dossiers montre que la suppléance hormonale sera d'autant plus rapide et efficace que la femme aura été opérée plus jeune.

Ainsi, dans 11 cas de notre travail, une hystérectomie a été pratiquée chez des patientes de moins de 30 ans. Chaque fois, il s'agit bien-sûr d'une décision "à main forcée": lésions infectieuses et inflammatoires importantes du petit bassin (annexite, pyosalpinx avec adhérences, paramétrite majeure avec algies pénibles), l'absence de désir de grossesse ultérieure chez des femmes souvent multipares (deux seulement d'entre elles ont un enfant) a fait porter l'indication majeure.

Mais ces cas inhabituels de malades opérées jeunes et suivies longtemps après (la plus ancienne date de 1951) permettent de constater qu'il se crée rapidement une suppléance hormonale.

Si on a le soin de faire une opothérapie à minima dans les suites opératoires en attendant le rétablissement de l'équilibre endocrinien chirurgicalement perturbé,

le sort de ces patientes est loin d'être catastrophique, ni misérable comme il est classiquement avancé. Il existe même toujours une amélioration importante sinon très satisfaisante de leurs conditions de vie.

Du point de vue technique, les deux voies peuvent être utilisées selon les cas.

a - la voie abdominale utilisant le procédé intrafacial est le plus souvent pratiquée :
. elle permet de confirmer l'indication radicale devant l'importance des lésions ;
. de libérer plus aisément les adhérences inflammatoires que l'anamnèse des poussées infectieuses permet déjà de soupçonner.
. de plus et nous avons déjà vu, cette voie permet de faire une cure de la paroi abdominale ou une cystopexie en cas necéssaire.

b - la voie basse beaucoup moins choquante est indiquée essentiellement chez la femme âgée à l'état général défectueux avec tares organiques associées ou possédant une ptose importante des organes génito-urinaires.

Mais elle peut être aussi utilisée chez certaines femmes plus jeunes sensibles à l'argument esthétique ou redoutant "l'ouverture du ventre" et préférant une opération par les "voies naturelles".

Nous avons noté 9 cas d'hystérectomie par voie basse chez des femmes aux environs de 35 ans.

3° Indication thérapeutique des rétroversions utérines acquises

Le vice de position n'est qu'un épiphénomène et le traitement est celui de l'affection causale.

A - C'est le traitement d'un fibromyome utérin, d'un kyste de l'ovaire... Encore faudrait-il savoir que la ligamentopexie est un temps complémentaire terminal très utile après certaines interventions qui vont laisser un utérus mobile, un Douglas inflammé et dépoli dans lequel l'organe ne demanderait qu'à tomber et à se fixer (ROBERT).

B - Les rétroversions utérines post-infectieuses, le plus souvent fixées, voient leur intérêt résider davantage dans l'annexite chronique où les adhérences pelviennes sont sources fréquentes de stérilité secondaire et de douleur. Aussi, outre le traitement préventif et curatif des infections pelviennes, la thérapeutique est souvent dominée par le problème de la stérilité tubaire avec leur complexité extrême et il nous est impossible d'étudier succintement.

Cependant, nous pensons que le défaut positionnel apporte un quotient d'aggravation indiscutable et la reposition de l'utérus est conseillée avant toute tentative plastique exécutée sur la trompe. Il est même préférable, si cela est accepté, de pratiquer le traitement en trois temps.

1er temps : une fois l'infection aiguë jugulée, on pratique une reposition sanglante de l'organe par voie médiane, car le jour doit être grand pour cliver les adhérences et surtout repéritoniser le plus soigneusement possible.

2e temps : le traitement physique va permettre d'améliorer les conditions locales circulatoires et inflammatoires chroniques.

3e temps : la plastie tubaire sera réalisée dans de meilleures conditions, sur des tissus de meilleure qualité, plus souples avec un pronostic plus favorable.

4° Indication thérapeutique dans les cas particuliers

A) Rétroversion utérine et gravidité
L'indication varie avec l'âge de la grossesse.

1.Au début, le traitement vise un double but :

. d'une part favoriser la réduction spontanée de l'utérus gravide par de petits moyens qui réussissent cependant presque toujours.
- position genu-pectorale, 1/4 heure matin et soir,
- décubitus ventral le soir,
- vidange régulière de la vessie.

. d'autre part, pratiquer un "accouchement préparé" par une médication hormonovitaminique (vitamine E et progestérone retard) utilisée dans toute grossesse mais plus utile encore ici pour éviter les conséquences néfastes de la dystrophie utérine.

2.Si la rétrodéviation persiste toujours, vers la fin du 2e mois, on conseille une réduction manuelle.

3.Au troisième mois, la persistance du défaut de la statique va retentir sérieusement sur la sphère urinaire avec parfois rétention d'urine.

. le cathétérisme vésical fait avec douceur et aseptie habituelle est indiquée ;

. la vessie vidée, on pratique une réduction manuelle, de préférence sous anesthésie générale, en faisant obliquer et glisser l'utérus gravide latéralement dans un sinus sacro-iliaque pour éviter le promontoire.

. on termine par la mise en place d'un pessaire, en berceau éventuellement.

En cas d'échec de la réduction manuelle, par exemple en cas d'adhérences, deux procédés peuvent être utilisés.
- soit la réduction opératoire par laparotomie,
- soit la manoeuvre de WEBER déjà ancienne. Elle consiste à faire tout simplement une colpostomie postérieure. Par cette ouverture, l'action de la pression positive atmosphérique sur la paroi postérieure de l'utérus, joint à l'aspiration des pressions négatives de la partie supérieure de la cavité abdominale fait redresser l'utérus rétrodévié.

Les lois sociales actuelles imposant un examen médical avant le 3e mois à la femme enceinte permettent de prendre en considération de façon précoce les cas de l'utérus féminin rétrodévié et d'éviter ainsi les complications gravissimes historiques (cystite gangréneuse, rupture vésicale, hernie de l'utérus gravide à travers l'anus, rupture ou perforation de l'utérus).

B) Indications thérapeutiques sur les lésions associées

Le traitement chirurgical des troubles de la statique génitale ne se résume pas seulement à la correction du vice de position. Il vise encore à traiter les lésions environnantes souvent rencontrées.

Ceci nous amène à donner notre opinion sur les cas les plus habituels.

1.La résection subtotale des ovaires scléro-kystiques est discutée. Certains auteurs pratiquent une mise au repos par hormonothérapie. Nous

sommes formellement contre cette attitude et faisons en cas nécessaire une résection chirurgicale, à la demande, jusqu'au tissu glandulaire sain, saignant de façon satisfaisante.

Cette exérèse sera indiquée de préférence dans les ovaires plus scléreux que kystiques chez la femme jeune, avant le stade de lésions irréversibles.

2.La fixation de l'ovaire.
Il est tentant et logique de suspendre les ovaires trouvés prolabés dans le Douglas en raccourcissant les ligaments utéro-ovariens.

Nous la pratiquons de moins en moins car les contrôles coelioscopiques récents montrent parfois des adhérences autour de ces ovaires. De plus, nous avons vu dans notre technique de ligamentopexie, si l'anse de catgut est correctement mise, elle corrige de façon satisfaisante le prolapsus de la glande. Le traitement physique secondaire, en améliorant l'O.S.K. et en allégeant le poids, facilite sa remontée vers la place normale.

3.La résection du nerf présacré (COTTE).
Elle doit être longue, large (toute la lame cellulo-nerveuse) et rompre les anastomoses contactées par ce système présacré avec les éléments sympathiques des chaires lombo-sacrées.

Nous lui réservons comme indication principale, d'ailleurs classique, la dysménorrhée grave et notamment les dysménorrhées spastiques.

L'inconvénient c'est que, malgré une bonne technique, les résultats sont souvent transitoires par la création secondaire de suppléance. Par ailleurs, comme a remarqué FUNCK BRENTANO, ces opérations créent souvent des troubles sexuels : frigidité, baisse de libido...

4.Déchirure du ligament large (Syndrome de MASTER-ALLEN)

. Pour ALLEN et MASTER : la suture en deux plans suffit.
. Pour d'autres auteurs (VARANGOT, SERMENT...), la suture simple n'est pas suffisante et ajoute des gestes supplémentaires :
- hystéropexie antérieure,
- reconstitution des ligaments utéro-sacrés,
- exclusion ou cloisonnement du Douglas,
- résection du nerf présacré.

Nous ne relevons que deux cas du syndrome dans les dossiers aussi ne pouvons nous émettre une opinion valable. Ils guérissent tous les deux à la simple suture associée à la ligamentopexie.

5.Varicocèle.
Certains auteurs pratiquent la résection du paquet variqueux ou la ligature en aval. Nous préférons ne pas la toucher laissant aux traitements médicaux et physiques le soin de parfaire le résultat mécanique ébauché par la reposition utérine.

6.Cure de la paroi.
La réfection de la paroi ressère la sangle abdominale déficiente responsable du"syndrome d'insuffisance pariéto-abdominale".

C'est une indication relativement fréquente chez les multipares mais la gravidité n'est pas un facteur indispensable comme nous le savons déjà.

7.Chirurgie de la trompe.
Elle trouve ses indications essentiellement dans le problème très complexe de la stérilité et les techniques sont délicates avec des succès très variables.

8.Endométriose.
Elle doit être enlevée quand c'est possible. Pas de traitement de mise au repos car les hormones aggravent la stase vasculaire. Sur nos trois cas notés, deux ne posaient pas de problème particulier. Le troisième, situé au niveau de la face antérieure du rectum, a été difficilement extirpé.

La repéritonisation était délicate, entraînant d'ailleurs un syndrome occlusif (un parmi nos trois cas d'occlusion) au 15e jour par adhérence au niveau d'une zone cruentée.

9.Le problème du Douglas.
Faut-il faire un geste sur ce Douglas fréquemment trouvé plus profond que le normal ?

. chez la jeune fille, nous ne faisons rien car cette profondeur péritonéale ne constitue pas un élément essentiel de la rétroversion utérine. Le "MARION" est inutile car le Douglas est en réalité antérieur et ne constitue pas le point déclive de la fosse pelvienne (ROBERT).

La Douglassectomie ou l'exclusion du Douglas sont des gestes délicats et exagérés par rapport au but recherché. D'ailleurs les 48 cas de jeunes filles (moins de 20 ans) opérées par ligamentopexie sans gestes complémentaires sur le Douglas ne présentent pas d'élytrocèle secondaire. Le recul est long (la plus ancienne date de 1948) mais on peut nous faire remarquer le nombre encore peu important de cas.

. le problème est différent en cas de ptose du péritoine secondaire à l'épreuve de la maternité et nous l'avons déjà signalé. Si certains auteurs préfèrent une cure par voie haute (exérèse ou exclusion du Douglas). L'école grenobloise préfère un traitement par voie basse, avec réfection de la paroi vaginale postérieure en utilisant les hémigaines prérectales.

III . LES RESULTATS GLOBAUX

Nous allons rapporter les résultats des

- 110 cas d'hypotrophie ou d'hypoplasie utérine avec antéflexion. Traitées par des méthodes non-opératoires.

- 349 cas opérés de rétroversions utéro-annexielles.

Certains détails particuliers sont déjà mentionnés au cours des chapitres et nous ne donnons ici qu'une vue globale et générale.

A) Résultats thérapeutiques des antéflexions avec dystrophie utérine.

Ils concernent le traitement médical et surtout physique. Les résultats sur les troubles cliniques dans l'immédiat et sur l'avenir obstétrical à plus long terme ont pu être apprécié chez des malades, suivies souvent pendant plusieurs années.

1° Les troubles fonctionnels

a - la dysménorrhée : dans le plus grand nombre de cas (42/60), les douleurs menstruelles diminuent d'intensité et rétrocèdent plus ou moins rapidement. 12 femmes ont même vu leur malheur disparaître complètement après électrothérapie.

b - plus nets et plus précis sont les effets bénifiques, portant sur les phénomènes inflammatoires pelviens chroniques associés. Après une exacerbation au début du traitement, on observe une baisse progressive des phénomènes de paramétrite et d'OSK avec assouplissement des tissus et régression des douleurs spontanées ou provoquées.

Dans tous nos cas, on observe une amélioration très nette, pour ne pas dire de guérison totale de la paramétrite.

c - troubles des règles. Une régularisation des cycles menstruels est apparue chez 43 jeunes femmes sur les 62 qui présentaient des cycles longs avec périodes d'aménorrhée. Mais le résultat n'est pas parfois définitif après la 1re série de physicothérapie et après quelques mois les cycles menstruels s'allongent de nouveau. Dans ces cas, il convient de prescrire une 2e cure qui a souvent des effets beaucoup plus durables. On dirait qu'il existe une sorte "d'escalade" des effets thérapeutiques.

Même dans 3 cas d'aménorrhée datant de 1 à 2 ans, les règles sont réapparues au cours du traitement.

d - l'amélioration psychique est aussi très remarquable chez les jeunes patientes qui présentaient auparavant des troubles plus ou moins graves et plusieurs d'entre elles signalaient une très nette amélioration de leur état général ou moral.

L'effet bénéfique se confirme de façon plus concrète quand on interroge sur les résultats des études chez ces jeunes filles : une nette amélioration des résultats scolaires est chaque fois notée.

2° Du point de vue physique

Les résultats sont aussi remarquables. Outre l'assouplissement des paramètres appréciés au TV on peut observer une recoloration de la muqueuse vaginale qui s'humidifie. Le cul-de-sac postérieur se développe. L'Utérus s'assouplit et perd ses caractères de sclérose.

On peut suivre et apprécier le développement de l'organe qui se manifeste progressivement pendant les mois suivant la physicothérapie et fait important, n'aboutit jamais à une involution utérine secondaire. Les mensurations ont montré 6 mois à 1 an après une augmentation de 1 à 2 cm de la longueur utérine et même plus.

3° Résultats obstétricaux

9 grossesse ont débuté au cours du traitement physicothérapique ou pendant les trois mois suivants dont sept après 2 à 4 ans de stérilité involontaire.

Toutes ces grossesses ont bénéficié de la méthode "accouchement préparé" et ont évolué normalement sauf une qui s'est terminée par une fausse couche spontanée au 3e mois.

Sept accouchements ont été entociques, le 8e a nécessité l'application du forceps. Tous les enfants étaient de poids normal, ont crié aussitôt à leur naissance et se sont bien développés par la suite.

4º On ne peut donner des résultats thérapeutiques sans parler de l'inocuité de la méthode. Nous n'avons relevé aucun incident sur nos 110 cas étudiés et ceci reste vrai sur une expérience pratique de plusieurs centaines de cas non encore analysés.

B) Résultats dans le traitement des rétroversions

Nous analysons ici essentiellement les résultats de nos 349 cas opérés parmi les 671 cas revus car dans les formes traitées médicalement (1er et 2e degrés A) les résultats rejoignent sensiblement ceux des antéflexions ou bien l'évolution ultérieure vers le 3e degré malgré le traitement doit faire envisager une solution chirurgicale.

Nous envisageons deux points :

- Résultats immédiats et que nous limitons de façon arbitraire à la durée du 1er mois post-opératoire. Ils concernent surtout les incidents ou complications observés.

- Résultats éloignés qui seront divisés en trois chapitres : résultats anatomiques
  résultats fonctionnels
  résultats obstétricaux

1º Résultats immédiats

a - D'abord, signalons que la modalité est nulle quelle que soit la technique chirurgicale utilisée. On peut cependant dire que cela est "un peu normal" car on ne peut en effet exposer la malade à un risque opératoire mortel pour une affection qui ne met pas en jeu le pronostic vital bien que ses répercussions fonctionnelles et obstétricales sont souvent importantes.

b - Les incidents et complications post-opératoires :

- Dix cas d'hématome de paroi suppurée (6) ou non (4). Parmi ces cas, on note six fois une appendicectomie concomittante dont cinq coïncident avec une infection pariétale. S'agit-il d'un simple hasard ou prouve-t-il la nocivité de ce geste ? Quoi qu'il en soit c'est un geste à ne pas faire systématiquement (appendice sain) sauf à la demande de la malade ou de sa famille qui sera auparavant prévenue de ces conséquences septiques possibles.

- Douglassite et abcès du Douglas : trois cas. Guérissant tous les trois à temps par le traitement médical.

- Syndrome d'embolie pulmonaire. Quatre cas, tous les quatre non mortels. Il est intéressant de noter que deux cas surviennent après ligamentopexie et deux après hystérectomie. Ces accidents sembleraient donc plutôt être en rapport avec un terrain veineux fragile qu'avec l'importance du geste chirurgical. Il prouve l'intérêt d'un traitement pré et post-opératoire pour pallier le risque thromboembolique.

- Troubles urinaires. Un cas de rétention aiguë d'urine post-opératoire cédant très simplement à la mise en place d'une sonde à demeure. Cette malade revue ultérieurement ne présente aucun trouble urinaire.

- Les occlusions. Trois occlusions post-opératoires nécessitant une réintervention ont été relevées. Elles concernent deux fois la ligamentopexie et une fois l'hystérectomie. La revue des comptes-rendus opératoires de ces trois cas montrait que la cause de l'occulsion était une zone cruentée d'adhérences. Dans un cas, nous avons déjà mentionné, il s'agissait de l'éxérèse difficile d'une endométriose de la face antérieure du rectum suivie d'une hystérectomie totale avec péritonisation moyenne. La cause de l'occlusion est une zone cruentée, siégeant au niveau de la ligne de repéritonisation. La libération est très simple et les suites sont sans histoire.
Les deux autres cas ont pour causes une zone d'adhérence pariétale avec libération également très simple et une évolution sans problème dans les suites.
On n'a pas encore vu de cas d'occlusion par étranglement au niveau de "l'anneau de la Mort du Doleris" des auteurs germaniques, si connu et si fréquemment cité comme reproche essentiel à l'actif de la méthode.

2° Résultats tardifs

Nous rappelons que les résultats thérapeutiques concernant les anomalies topographiques de l'utérus ne doivent pas être jugés à la sortie de l'Hôpital ou de la Clinique mais des mois et mieux des années plus tard. Le plus long recul de nos cas analysés remonte à plus de 30 ans (opérée en 1937).

Ces résultats concernent les troubles anatomiques fonctionnels et obstétricaux.

a - résultats anatomiques
Nous avons noté un cas (hospitalier) de récidive parmi les 278 ligamentopexies. Il s'agit d'un procédé de Mocquot et la récidive est constatée 6 ans après l'opération. A part ce cas unique, l'utérus correctement remis en place par la ligamentopexie reste dans sa position corrigée même après un recul de plusieurs années (+ de 30 ans)
plusieurs grossesses ultérieures (3 - 4)

b - résultats fonctionnels
. On peut dire qu'environ 70 % des malades sont parfaitement satisfaites des résultats fonctionnels : amélioration nette des douleurs, des troubles de la menstruation, des difficultés sexuelles et des manifestations psychiques.
. Néanmoins, nous avons relevé aussi des résultats moyens, c'est-à-dire dans lesquels le long cortège des signes fonctionnels ne disparaît pas de façon complète. Dans ces cas, les symptômes se sont aussi

atténués mais soit globalement soit par "plage mosaïque". Pour faciliter les analyses, nous avons groupé dans ces résultats moyens, toutes les malades présentant une persistance d'un quelconque des nombreux troubles fonctionnels qui les ont affectés auparavant.

Selon ces critères, 56 cas sur 224 (26 %) des malades privées et 37 cas sur 125 malades hospitalières (≃ 30 %) ne sont pas tout-à-fait contentes du point de vue fonctionnel.

. Mais plus intéressante est l'analyse des cas où à la pexie chirurgicale fait suite un traitement complémentaire médico-physique. Ainsi sur les 82 cas sur 224 privés, avec traitement complet post-opératoire, 6 cas seulement (7,2 %) présentent la persistance d'un ou des troubles fonctionnels. Si nous savons que dans cas-ci, il existe néanmoins toujours une amélioration plus ou moins nette des symptômes antérieurs. On peut dire que ces chiffres nous donnent la conviction de la nécessité d'un traitement complet médico-chirurgico-physique. Il améliore incontestablement les résultats finaux.

c - résultats obstétricaux

. Sur la stérilité : notre travail n'est pas centré sur le problème de la stérilité du couple (bilan complet conjugal). Cependant sur les 16 cas de stérilité primaire notés (selon ces critères : rapports normaux après 2 ans de mariage), 3 malades ont présenté une grossesse après l'intervention.
- un cas après 14 ans de mariage, opérée en 1949 à l'âge de 36 ans et donnant en 1952 une grossesse avec accouchement normal.
- un cas (4 ans de mariage),opérée en 1937 (procédé de VILLARD) et donnant 4 grossesses normales ultérieures.
- un cas (2 ans de mariage), opérée en 1961 et ayant en 1963 une grossesse normale et en 1966 une grossesse ectopique.

. Influence de la ligamentopexie sur les grossesses ultérieures et réciproquement.
- nous avons déjà vu qu'une opération bien faite peut résister victorieusement à l'épreuve du temps et de la maternité.
- plusieurs des malades opérées présentant des grossesses ultérieures. Nous avons relevé 86 cas. La plupart sont parfaitement eutociques. Nous avons noté cependant : un cas de prématurée
une G.E.U.
deux accouchements difficiles nécessitant l'application de forceps
deux césariennes
onze fausses-couches. Encore faut-il remarquer qu'il est difficile de distinguer les fausses-couches provoquées et les fausses-couches spontanées car les précisions manquent souvent dans les dossiers. Par contre, nous avons remarqué cinq cas indiscutables où la malade présentaient auparavant des complications obstétricales fréquentes (fausse-couche récidivante, accouchement d'enfant mort-né) et qu'à la suite de la reposition utérine, ces mêmes patientes ont eu des grossesses normales et des accouchements sans problème.

==========

C O N C L U S I O N S

Il nous a été donné, au cours d'un semestre passé à la clinique chirurgicale gynécologique du Pr. CONTAMIN, de faire une étude comparative de 110 observations d'hypotrophie ou d'hypoplasie génitale avec antéflexion utérine plus ou moins accentuée, et de 671 observations où à cette dystrophie plus ou moins apparente s'ajoutait la bascule postérieure de l'Utérus et de ses annexes.

1° Ces défauts de la statique atteignent à la fois l'attitude et le maintien de l'utérus.

- L'attitude est conditionnée par le développement et l'achèvement structural de l'organe. Si ces conditions ne sont pas atteintes, on constatera une antéflexion exagérée du corps utérin sur le col, et beaucoup plus rarement une flexion postérieure ou rétroflexion.

- Le maintien est conditionné par l'angle, normalement de 60°, formé par l'axe du bassin et la direction générale de l'organe. La suspension à la Cardan de l'isthme utérin permet le pivotement de l'organe dans toutes directions, créant les versions antérieures, latérales et surtout postérieures, réalisant des rétroversions dont l'étude est la partie capitale de notre travail.

2° Du point de vue étiopathogénique, nous distinguons formellement les rétroversions essentielles, qu'elles soient juvéniles ou se manifestant après la gravidité des rétroversions acquises post-infectieuses ou autres.

3° Nous exposerons successivement les possibilités médicales et physicothérapiques visant à traiter les troubles de l'insuffisance du développement de l'organe et des moyens chirurgicaux s'adressant essentiellement aux vices du maintien.

Nous nous étendrons davantage sur les procédés chirurgicaux et en particulier sur les méthodes de ligamentopexies utilisées à la clinique chirurgicale et gynécologique de Grenoble.

Nous terminerons en formulant les indications thérapeutiques qui nous paraissent répondre le mieux à chaque cas envisagé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

GRENOBLE,
le 7 Août 1973

Le Doyen,

M. GEINDRE

Le Président de Thèse,

Professeur R. CONTAMIN

B I B L I O G R A P H I E

1 - ALESTE G.

Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale aiguë après ligamentopexie à la manière de Doleris - Thèse Paris, 1939, n° 519, 38 p.

2 - AMELINE A. et HUGUIER J.

La suspension postérieure au disque lombo-sacré par voie abdominale. Gynéc. Obst., 1947, 94-98.

3 - AMELINE A. et HUGUIER J.

La suspension postérieure au disque lombo-sacré. Technique de remplacement des ligaments utéro-sacrés par voie abdominale. Gynéc. Obst., janvier-mars 1957, 56, n° 1, 94-98.

4 - AMREICH I.

Rétroversion simple et stérilité involontaire. Wien. med. Wschr., 11 juin 1960, n° 23, 489-491 (bibliogr.) et p. centrale : 2 fig.

5 - ANTOINE T.

Etiologie de la rétroflexion de l'utérus. Wien. klin. Wschr., 2 février 1951, 63, n° 5, 74.

6 - ANTONA (d') N.

Les aspects histologiques de l'endomètre dans les anomalies de position de l'utérus. Clin. ost. gin., juin 1959, 61, n° 3, 225-227.

7 - AQUINO-SALLES (de) A.

Les troubles de la statique pelvienne. Traitement et avenir obstétrical. Rev. Gin. Obst., oct. 1958, 52, n° 4, 311-320 (résumé français).

8 - ASSEMAT M. et VIROT G.

Rétrodéviations utérines. Génie méd., sept. 1970, n° 266, 39-43.

9 - AUDIT J.F.

Essai sur l'étiologie de la rétroflexion utérine. Rev. franç. Gyn. Obst. avril 1959, 54, n° 4, 315-317.

10 - BALLADE R. et TREVOUX R.

Un procédé d'hystéropexie par lambeaux aponévrotiques. Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obst., 1952, 4, n° 3 bis, 618.

11 - BALLADE R. et TREVOUX R.

L'hystéropexie par lambeaux aponévrotiques. Presse médicale, 12 nov. 1952, 60, n° 72, 1534.

12 - BALLADE R. et TREVOUX R.

L'hystéropexie suspendue ou cure du cystocèle léger associé à la rétro-déviation utérine.
C.R. Soc. franç. Gyn., fév. 1955, 25, n° 2, 116-117.

13 - BENASSY J.

Contribution à l'étude du traitement des rétroversions utérines.
Gyn. Obst. 1942, 42, n° 3, 4, 5, 97-105.

14 - BENTIVOGLIO F.

Résultats tardifs dans la thérapie de l'utérus en rétroflexion après le procédé opératoire d'Accoci.
Zbl. Gyn. 11 Juillet 1942, 66, n° 28, 1112-1129, 6 fig. (bibliogr.)

15 - BERTRAUD P.

Grossesse après myomectomie et "Pestalozza" : césarienne ; enfant vivant.
Gynéc. Obst., 1953, 5, n° 4, 460.

16 - BERTRAND P. et ROMAN C.

Sur l'utilisation du péritoine vésical en chirurgie gynécologique.
Lyon Chir. mars-avril 1943, 38, n° 2, 143-148.

17 - BERTRAND P. et ROMAN C.

Sur l'utilisation du péritoine vésical en chirurgie gynécologique.
Gyn. Obst. 1943, 43, n° 7, 8, 9, 89-103, 5 fig. (bibliog.)

18 - BERTRAND P., TOUATI E. et WIRTH E.

Etude statistique du traitement de la rétroversion utérine.
C.R. Soc. franç. Gyn. Juillet-octobre 1968, 38, n° 6, 349-355, 5 fig.

19 - BETHOUX et BORY

Les mécanismes statiques viscéraux pelviens chez la femme à la lumière de l'exploration fonctionnelle du dispositif en station debout.
Ann. Chirurgie. Mai 1962, 16 p. 887.916.

20 - BICKERS W.

Obstruction intestinale consécutive à une hystéropexie de Baldy-Webster.
Am. J Obst. Gyn., nov. 1941, 42, n° 5, 915-919.

21 - BLUM E., GANDAR R. et GRENIER J.

Complications vésicales de la rétroflexion de l'utérus gravide.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av-mai 1956, 8, n° 2, 229-231.

22 - BOCCI F.

Potentiels électriques dans les anomalies de position de l'utérus.
Clin. ost. gin., Juin 1959, 61, n° 3, 222-224.

23 - BOMPART

L'extrapéritonisation de l'anse ligamentaire dans l'opération de Doléris.
Mém. Acad. Chir., 15-22 nov. 1950, 76, n° 30-31, 874-876, 2 fig. (biblio.)

24 - BONACHERA E.M.

Etat de l'endomètre dans la rétroflexion utérine.
Acta Ginec., 1952, 3, n° 1, 43-49, 1 fig. (bibliogr.).

25 - BORIES-AZEAU A. et LAPEYRIE H.

Incontinence d'effort et rétroversion utérine. Intérêt du colpocystogramme.
Montpellier chir., 1967, 13, n° 6, 777-783.

26 - BOURDY Y.

Quelques réflexions à propos des hystéropexies médiates par ligamentopexie transpariétale. (procédé de Doleris-Beck-Richelot).
Thèse Paris, 1939, n° 1274, 62 pages.

27 - BRADY L.

Une complication rare consécutive à une suspension de l'utérus par la méthode de Baldy-Webster.
Am. J. Obst. Gyn., av. 1952, 63, n° 4, 922-924, 1 fig.

28 - BREST D.

Résultats éloignés du traitement chirurgical de la rétroversion utérine par le cloisonnement du Douglas à titre exclusif.
Thèse Paris, déc. 1952, 29 pages.

29 - BRET A.J., BARDIAUX M.

L'exclusion du Douglas dans la cure de rétrodéviations utérines douloureuses
Rev. franç. Gyn. Obst., juillet-août 1965, 60, n° 7-8, 489-507, 14 fig. (bibliogr.).

30 - BRET A.J. et BARDIAUX

Déviations utérines.
EMC, Gynécologie, fasc. 250 A10, 2-1970.

31 - BRET A.J. et BARDIAUX M.

Les vices de positions utérines "hypoplasies et malformations de l'appareil génital interne de la femme". Masson 1964.

32 - BRET, BARDIAUX, DE BRUX et DEMAY

Algies pelviennes d'origine génitale. La pelvipéritonite scléro-inflammatoire à propos du syndrome ALLEN et MASTERS.
Sem. des Hôpitaux de Paris. 1967, 43, n° 4, P. 173-182.

33 - BRETECHE J.

Le terrain dans les rétrodéviations utérines. Gynéc. prat., 1951, 2, n° 1, 55-58 (bibliogr.).

34 - BRETECHE J.

Rétro-déviations utérines et stérilité.
Gynéc. Obst. (suppl.) 1951, 3, n° 4, 692-693.

35 - BROCHIER et MAGNIN

Les suites obstétricales d'une fixation utérine au moyen du péritoine vésical. Gynéc. Obst. 1948, 47, n° 6 bis, 1137-1139.

36 - BRODTHAGEN H.

Un cas d'incarcération de l'utérus et de rupture de la vessie.
Acta chir. scand., 22 mars 1951, 101, n° 2, 158-163.

37 - CANABRAVA NETTO C.

Rétrodéviation de l'utérus et hystéropexie ligamentaire par le procédé d'Adeodato.
Rev. Gin. Obst., fév. 1956, 98, n° 2, 85-108, 11 fig. (bibliogr.) (résumé français).

38 - CHARVET F. et GABRIEL H.

Présentation de l'épaule après Pestalozza. Apoplexie utéro-placentaire. Hystérectomie.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv-févr. 1961, 13, n° 1, 69-70.

39 - COHEN A.

Revue pratique de gynécologie 1959-1960. Rétroversion utérine.
Gaz. Hôp. 31.01.1961, n° 3, 89 (bibliogr.).

40 - CONTAMIN R.

L'insuffisance du développement de l'appareil génital, élément de base de la "gynécologie juvénile".
Gyn. Prat. 1970, 21, 1, 39-52.

41 - CONTAMIN R., FERRIEUX E., ESCOUTTES.

Traitement des métrites chroniques du col utérin par la diathermocoagulation
Gyn. Prat. 1965, 3, 215-237.

42 - CONTAMIN R., MOULIN C.

L'hypotrophie génitale : ses répercussions obstétricales, ses problèmes thérapeutiques.
C.R. SOC. FRANC. GYN. mai 1964, 34, 5, 343-346.

43 - CONTAMIN R., MOULIN C., FERRIEUX J.

L'hypotrophie génitale féminime.
Gaz. Méd. de France, 1964, 71, 3, 441-452.

44 - CONTAMIN R., POLIAK D.

Les lymphangites du ligament large.
Gyn. Prat. 1953, 4, 2, 123.

45 - CONTAMIN R., SAVIER A.

Influence de l'hypotrophie génitale sur les avortements spontanés.
Soc. Franç. de Gyn. Décembre 1969, 8, 793-798.

46 - CONTAMIN R., SAVIER A.

Conséquence sociali dell'ipotrofia génitale.
Monitore ostétrico-ginecologico di endocrinologia et del metabolismo.
1970, 41, 2, 93-97.

47 - CONTAMIN R., BERNARD P., TAMINH S.

Les rétroversions utérines juvéniles.
Journal des agrégés, n° 6-7, juin-juillet 1972.

48 - COURTOIS M.J.

Torsion utérine et varicocèle pelvien gauche.
C.R. Soc. franç. Gyn., mai-sept. 1949, 19, n° 5, 128-132, 4 fig.

49 - COVA E.

Opération de Pestalozza-Cova dans la cure de la rétroflexion utérine.
Livre jubilaire à Amédée Laffont - Encyclopédie médico-chirurgicale, 1952, 98-100.

50 - CROSETTI J.P. et MULLER C.A.

La pollakiurie incoercible, complication rare de la ligamentopexie selon Doleris. Rev. méd. suisse rom., 11 nov. 1952, 72, n° 11, 818-825 (biblio.)

51 - CROSETTI J.P. et MULLER C.A.

Une complication rare de la ventrofixation de l'utérus selon le procédé de Doleris : la pollakiurie incoercible.
Mém. Acad. Chir., 7-14-21 janvier 1953, 79, n°1, 2, 3, 38-42, 2 fig.

52 - DALEY D.

Utérus gravide rétroversé associé avec une grosse rétention d'urine.
Proc. Roy. Soc. Med., 18 fév. 1944, 33, 428.

53 - DAVIES J.W.

Rétroversion congénitale de l'utérus due à un côlon sigmoïde anormalement situé. J.A.M.A., 27 fév. 1954, 154, n° 9, 749-751.

54 - DESPRUNIEE et BOUSQUET

Rétrodéviation de l'utérus et douglassectomie.
Bordeaux chir., av. 1966, n° 2, 83-84.

55 - DIACONO

Contribution à l'étude des indications et des résultats de l'opération de Ameline-Hugier.
J. Méd. Bordeaux, fév. 1961, 138, n° 2, 292.

56 - DIDDLE A.W., MENGERT W.F. et SANDERS R.M.

Les positions du corps et les positions de l'utérus.
Am. J. Obst. Gyn., sept. 1947, 54, n° 3, 391-399, 5 fig. (bibliogr.)

57 - DÖRING G.K.

Deux observations rares après opération de Doleris.
Zbl. Gyn. 25 juin 1966, 88, n° 26, 845-847.

58 - DUMONT M. et BENE R.

Un nouveau cas de césarienne pour présentation dystocique après fixation utérine par la technique de Pestalozza.
Gynec. Obst. 1952, 4, n° 4, 732.

59 - EHRLICH H.

Deux méthodes pour l'antéfixation de l'utérus avec des bandes en perlon.
Zbl. Gyn., 21.07.1956, n° 29, 1135-1138, 3 fig.

60 - FERNANDES M.

Troubles de la statique des organes du petit bassin. Etiologie et pathogénie, et prophylaxie. (La cause obstétricale)
Rev. Gin. et Obst., 1957 (oct.), 101, n° 4, 1263-1280 (bibliogr.)
Résumé français.

61 - FOURY A.M.O.

La rétrodéviation utérine douloureuse chez la femme jeune en période d'activité génitale. Pronostic et thérapeutique. La douglassectomie.
Thèse Paris, 1959, n° 911, 52 pages.

62 - FRADIN J. et coll.

Indications chirurgicales et modalités opératoires des rétro-déviations utérines.
Gaz. méd. France, 25.02.1966, 73, n° 4, 759-777, 11 fig.

63 - FRANCHEBOIS P. et VERNAET J.

Les occlusions intestinales d'origine gynécologique (après opération de Doléris).
Prensa méd. argent., 13.01.1956, 43, n° 2, 206-209 (d'après la France méd., 1955, 4, 37).

64 - FRANZANI W. et ORSINI W.

Résultats éloignés de l'opération de Latzko (pour rétroversion de l'utérus).
Prensa méd. argent., 24.08.1956, 43, n° 34, 2555-2556 (bibliogr.)

65 - GABRIELLI J. (de)

Incidences digestives des rétro-déviations utérines et de leur traitement chirurgical.
Thèse Paris, 1958, n° 867, 46 pages.

66 - GARSON A.

Contribution à l'étude des perturbations cytologiques et hormonales de la sphère génitale secondaire aux rétroversions utérines.
Thèse Paris, 1955, n°424, 53 pages.

67 - GIBBONS J.M. et PALEY W.B.

L'utérus gravide incarcéré (la rétroversion doit être corrigée avant la 13e semaine de grossesse).
Obst. and Gyn., juin 1969, 33, n° 6, 842-845 (bibliogr.)

68 - GILBERT J.C. et ARONOFF B.L.

Suspension de l'utérus en utilisant l'incision de Pfannenstiel.
Surg. Gyn. Obst., avril 1945, 80, n° 4, 404-407.

69 - GRENET C.L.A.

La douglassectomie en gynécologie. Indications. Résultats. (A propos de 100 cas).
Thèse Paris, 1963, n° 905, 52 pages.

70 - GUGLIELMO L.D. et RAMAZZI P.A.

Nouveau procédé chirurgical pour le traitement des rétroversions utérines.
Acta ginec., 1950, 1, n° 3, 213-214 (bibliogr.).

71 - GUY A.

Contribution à l'étude des complications chirurgicales et obstétricales des fixations utérines.
Thèse Paris, 1937, n° 524, 53 pages.

72 - GUYOT et DARMAILLACQ

La valeur de la ligamentopexie de Doleris. Quelques points de technique et résultats.
C.R. Soc. Fr. Gyn., mars 1939, 9, n° 3, 110-112.

73 - GYNECOLOGIE PRATIQUE

1971, 22, 3.
Numéro spécial consacré au symposium de la Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente.
Lausanne, 5-6.02.1971.

74 - HEIDLER H.

La rétroversoflexion de l'utérus est-elle une maladie ?
Wien. klin. Wschr., 17.01.1947, 59, n° 2, 24-27 (bibliogr.).

75 - HERRERA R.G. et LAGRUTTA J.

Valeur actuelle des méthodes chirurgicales de correction des rétro-déviations utérines.
Prensa Med. Argent., janvier 1948, 35, n° 3, 117-122, 11 fig. (bibliogr.).

76 - HORCHLER A.

Contribution à la ventro-suspension de l'utérus.
Zbl. Gyn. Mai 1943, 67, n° 19, 784-785.

77 - HUGUIER, JAMAIN, BRET, MUSSET, LANVIN, CERBONNET, LETESSIER

Statique pelvienne. Table ronde des entretiens de Bichat.
Rev. Franç. de Gyn. et Obst. 1965, 5, p 349.

78 - JAMAIN B.

Douglassectomie en gynécologie.
C.R. Soc. franç. Gyn., Décembre 1967, 37, n° 8, 591-592.

79 - JAMAIN B., LETESSIER A. et CATHELY J.P.

Dix années d'expérience de la douglassectomie.
Gyn. Obst., janvier-mars 1969, 68, n° 1, 73-78.

80 - JAMAIN B. et LEGROS R.

Les troubles de la statique utérine.
Rev. Praticien. 21.11.1952, 2, n° 30, 1965.

81 - JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET C.

Traitement chirurgical de la rétroversion utérine par douglassectomie élargie et plicature des ligaments utéro-sacrés.
Gynéc. Obst., avril-mai 1962, 61, n° 2, 230-240, 14 fig.

82 - JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET G.

La rétroversion utérine. Indications et Résultats de la Douglassectomie.
Gynéc. Obst., septembre-Octobre 1962, 61, n° 4, 501-514.

83 - JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET C.

Traitement de la rétroversion par douglassectomie et plicature des ligaments utéro-sacrés.
J. Chir., janvier 1963, 85, n° 1, 85-88.

84 - JAMAIN B., LETESSIER B.A. et GRENET C.

La douglassectomie, cure de la rétroversion utérine douloureuse. Technique, résultats à propos de 72 cas.
Presse méd., 25.12.1963, 71, n° 55, 2701-2704, 8 fig. (bibliogr.)

85 - JAMAIN B. et LETESSIER A.

La douglassectomie en gynécologie.
Semaine Hôp. Paris, 14.01.1967, 43, n°3/1, 157-172, 14 fig. (bibliogr.)

86 - JOYEUX R., COLIN R. et MONTEIL-SEURIN J.

Désenclavement par laparotomie d'un utérus gravide rétroversé et bloqué.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juillet-Septembre 1961, 13, n° 4, 440.

87 - KAPANDJI M.

Prolapsus génito-urinaires et rétroversions utérines. Considérations anatomo-cliniques et leurs corollaires dans la cure chirurgicale par voie abdominale.
Ann. Chir. Mars 1967, 21, n° 5-6, 306-311.

88 - KELLER B. et GAERTNER F.

Modification de l'opération de Doléris en vue d'éviter l'occlusion intestinale possible par étranglement.
Bull. Féder. Soc. Gynéc. Obst. 1952, 4, n° 4, 768-769.

89 - LABRY R., CHAPUIS P.

Rétroversion adhérente par affaissement d'une poche de pelvipéritonite.
Gynéc. Obst. (suppl.), 1952, 4, n° 3, 556-557.

90 - LANVIN M.

Aspects cyto-hormonaux des rétroversions utérines.
Rev. Praticien, 21.07.1952, 2, n° 21, 1383-1385.

91 - LANVIN M. et TREVOUX R.

Examens cyto-hormonaux dans les rétroversions.
Bull. Féd. Soc.Gynéc. Obst. (suppl.), 1952, 4, n° 3 bis, 618.

92 - LEGROS R., COIFFARD P., ABEILLE J.P. et BLANCHIER H.

La pathologie d'environnement des rétrodéviations utérines : élément essentiel dans la discussion des indications thérapeutiques.
Rev. franç. Gynéc. Obst., mai 1971, 66, n° 5, 331-347, 18 fig. (bibliogr.)

93 - LEVY R.

L'exclusion du Douglas en chirurgie. Indications. Technique. Résultats. A propos de 87 cas.
Thèse Paris, 1966, n° 679, 52 pages.

94 - LOUROS N.C.

Les facteurs hépato-biliaires dans la pathogénie des troubles endocriniens consécutifs aux rétrodéviations utérines.
Gynéc. prat., 1951, 2, n° 4, 481.

95 - LOUROS N.C. et KAIRIS N.M.

Les troubles de la fonction ovarienne et l'hépato-cholécystopathie associés à une rétroversion de l'utérus.
Brit. Méd. J., 5.07.1952, n° 4774, 20-22 (bibliogr.)

96 - LUQUE F.

Quelques réflexions sur les rétro-déviations, comme causes de stérilité.
Gynéc. prat., 1951, 2, n° 3, 379-387.

97 - LYONNET R. et BLANC P.M.

Hystérectomie pour non-adaptation foetale chez une femme ayant subi une péritonisation à la Pestalloza en Italie.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., novembre-décembre 1958, 10, n° 5, 532.

98 - Mc FADYEN E.H.

La rétroversion de l'utérus en clientèle privée.
Am. J. Obst. Gyn., février 1955, 69, n° 2, 256-258 (bibliogr.)

99 - MAGENDIE J., MAGIMEL J. et GOUBES

Rétroversion utérine et troubles hormonaux.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Novembre-Décembre 1957, 9, n° 5, 564.

100 - MAHON R.

Présentation irréductible de l'épaule après ligamentopexie.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Août-Septembre 1956, 8, n° 4, 475-476.

101 - MANCA F.

Les anomalies de position de l'utérus chez les malades vues à la Clinique Gynécologique de Sienne.
Clin. ost. gin., juin 1959, 61, 216-219.

102 - MAURIN J.

Rétroversions utérines et troubles hormonaux.
Thèse Bordeaux 1955, n° 270.

103 - MAURIZIO E. et PESCETTO G.

Problèmes cliniques et thérapeutiques des rétrodéviations de l'utérus.
Clin. ost. gin., juin 1959, 61, n° 3, 204-215.

104 - MAYER A.

Evaluation de la rétroversion de l'utérus et science médicale.
Med. Klin., 7.01.1955, 50, n° 1, 45-48 (bibliogr.)

105 - MERGER R.

Traitement chirurgical des rétro-déviations de l'utérus.
Sem. Hôp. Paris, 18.07.1950, 26, n° 53, 2561-2568, 10 fig.

106 - MERGER R., LEVY, MARTIN J. et MELCHIOR J.

Les accidents consécutifs aux pexies utérines ; traitement chirurgical de la rétroversion utérine ; résultats éloignés de l'oblitération du Douglas.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1954, 424-434, 11 fig.

107 - MOSES S.H.

Les rétro-déplacements de l'utérus post-partum.
Am. J. Obst. Gyn., mars 1939, n° 3, 447-451.

108 - MOUTON N.

Une technique nouvelle de ligamentopexie.
Thèse, Nancy, 1955, n° 32.

109 - OIZEROVICI M.

Le rôle des rétro-déviations utérines dans la stérilité.
Rev. franç. Gyn. Obst., novembre-décembre 1950, 45, n° 6, 314-318.

110 - ONOFRE ARAUJO J. (Sao-Paulo)

Gynécopathies de cause obstétricale par troubles de la statique pelvienne.
B) Etiopathogénie, prophylaxie.
Rev. Gin. et Obst., mai 1958, 102, n° 5, 443-466, 6 fig. (résumé français)

111 - OWEN C.J. et KELLEY F.A.

Obstruction intestinale, comme séquelle de l'opération de Wehster-Baldy pour rétroversion utérine.
Am. J. Obst. Gyn., Mars 1940, 39, n° 3, 514-516.

112 - PALMER R.

Hypoplasie et malformations de l'appareil génital interne de la femme.
Press. Méd. 1965, 73, 13, 737-738.

113 - PALMER R., MEYLAN J.

Hypoplasies utérines corporéales.
XXIIe Assises Françaises de Gyn. Strasbourg 15-18.05.1964, Masson Ed. 1964.

114 - PALMER R., PROUST J.

Les hypoplasies utérines.
J. Méd. Chirur. Prat. 1966, 137. I ; 17-24.

115 - PALMER R., PROUST J.

Les hypoplasies utérines.
Rev. Franç. Gyn. Obst. 1965, 60, 9-10, 625-632.

116 - PAUCOT

La rétroflexion congénitale de l'utérus dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis.
Bruxelles méd., 18.02.1940, 20, n° 16, 517-521.

117 - PELTIER de QUEIROZ A. (Bahia), BURGOS J.F., BOTTO de BARROS A., da SILVA MAIA H., COSTA FILHO J., de LOURDES ROCHA SANTOS M.

Gynécopathies de cause obstétricale. Des troubles de la statique pelvienne.
A) Traitement et avenir obstétrical.
Rev. Gin. e Obst., mai 1958, 102, n° 5, 431-442 (bibliogr.). Résumé français
B) Etiopathogénie et Prophylaxie.

118 - PERLIN I.

La suspension et l'utérus rétrofléchi.
Am. J. Obst. Gyn., mai 1949, 57, n° 5, 959-964.

119 - PERLIN I.A.

La rétroversion de l'utérus en tant que position normale.
Canad. Med. Ass. J., avril 1953, 68, n° 4, 363-368.

120 - PODLESCHKA K.

Le raccourcissement ligamentaire interfascial en tant que traitement opératoire de la rétroversion fixée.
Arch. f. Gyn., 1950, 178, 58.

121 - POLLOSSON E.

A propos du traitement de la rétroversion utérine.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1955, 7, n° 1, 49-52.

122 - PRINI R.J.Z., WILDER J., SEGU H.F. et COCO V.C.

Plicature des ligaments ronds selon la technique de Mann.
Pransa méd. argent., 2.09.1960, 47, n° 36, 2435-2436.

123 - RAVINA J., MUSSET R., NETTER A. et MICHEL H. (Mlle)

L'image radiologique des hyperflexions utérines.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1956, 8, n° 3, 309-312.

124 - RENAUD R., ESCHBACH J., WALLERAND R. et DREYFUS J.

Syndrome douloureux après ligamentopexie défectueuse.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1959, 11, n° 3, 310.

125 - RENON et WACQUET

Sub-occlusion du grêle après accouchement chez une femme ayant subi une ligamentopexie.
Gyn. et Obst., 1944, 44, n° 4-5-6, 84-85.

126 - REVOLTELLA G.

Incertitudes anatomiques et réalités cliniques sur la statique utérine. Une nouvelle méthode d'hystéropexie dans la rétroflexion utérine avec prolapsus utérin.
Sem. Hôp. Paris, 26.12.1948, 24, n° 96, 3131-3137, 14 fig.

127 - RIVIERE M., MAHON R., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et TRILLAUD A.

Conséquences obstétricales des ligamentopexies.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., novembre-décembre 1960, 12, n° 5, 574-575.

128 - ROMAN C.

Valeur du procédé de Baldy-Dartigues dans le traitement de la rétroversion utérine (à propos de trois récidives).
Lyon chir., mai-juin 1945, 40, n° 3, 384-385.

129 - ROSS J.W.

Hystéroligamentopexie pour rétroversion de l'utérus (non puerpéral).
Am. J. Obst. Gyn., juillet 1941, 42, n° 1, 127.

130 - ROUCHY R. et LE LIRZIN R.

Rétroversion utérine.
Rev. Prat. (Paris).
21.06.1971, 21, n° 18, 3047.

131 - ROUHIER G.

Les déviations utérines.
Sem. Hôp. Paris, 18.10.1952, 28, n° 77, 3104-3117, 9 fig.

132 - ROUX G., MARCHAL G. et BAUMEL H.

Les troubles de la statique pelvienne en dehors des prolapsus externes.
Presse méd., 25.01.1958, 66, n° 7, 135.

133 - RUCK C.J. et SCHOLZ A.

Méthode d'antéfixation utérine de Doléris.
Zbl. Gyn., 12.10.1957, n° 41, 1621-1630, 6 tabl. (bibliogr.).

134 - RUGGERI E. et FIUMICELLI A.

Importance diagnostique de l'artériographie pelvienne dans les anomalies de position de l'utérus en gynécologie.
Clin. ost. gin., juin 1959, 61, n° 3, 220-221.

135 - SANTOLI G.

Considérations clinico-statistiques sur les anomalies de position de l'utérus rencontrées au cours d'une période de cinq ans.
Clin. ost. gin., juin 1959, 61, n° 3, 228-229.

136 - SARFATI G.

Les indications chirurgicales de la rétroversion utérine isolée.
Thèse Paris, 1958, n° 359, 59 pages.

137 - SCHLIEPHAKE E.

Les ondes électriques courtes en biologie.
Gauthier-Villars. Ed. Paris 1938.

138 - SCHMID H.H.

Interventions inopportunes et interventions opportunes dans la rétroflexion de l'utérus et dans le prolapsus.
Zbl. Gyn. 19.08.1961, 83, n° 33, 1301-1307.

139 - SEDLACKOVA J.

La rétroflexion utérine des fillettes.
Gynéc. prat., 1962, 13, n° 1, 43-46.

140 - SEGUY M.B.

La rétroversion utérine douloureuse et son traitement.
Nice méd., mai-juin 1970, 8, n° 3, 87-92 (bibliogr.).

141 - SERMENT H. et CHAUVIN F.

Rétroversion utérine congénitale avec troubles urinaires.
Bull. Féd. Soc. Gynec. Obst., 1952, 4, n° 4, 751.

142 - SERMENT H. et FELCE

Considérations sur les rétroflexions utérines douloureuses.
Rev. franç. Gynéc. et Obst., 1963, 5, P. 370.

143 - SIEGERT F.

La rétroflexion utérine comme cause de stérilité.
Zbl. Gyn., 1951, n° 20, 1592-1599.

144 - SIGWART W.

La ventrosuspension de l'utérus.
Zbl. Gyn., 9.10.1943, 67, n° 41, 1540-1541.

145 - SPOTO P.

Les anomalies de position de l'utérus.
Clin. ost. gin., juin 1959, 61, n° 3, 141-203, 12 fig. (résumé français).

146 - TALHEGANY P.

Traitement chirurgical des rétrodéviations de l'utérus.
Mém. Ass. Etr., 1952, n° 148, 89 pages.

147 - THIESSEN P.

La suspension extrapéritonéale de l'utérus par la voie vaginale.
Zbl. Gyn., 1954, 76, n° 42, 1863-1865.

148 - THOMS H.

Cas d'un utérus incarcéré, traité avec succès en 1808.
Am. J. et Obst. a; Gyn., avril 1944, 47, n° 4, 557.

149 - THOYER-ROZAT J., SENEZE J. et LEVY R.

Technique et indication de l'exclusion du cul-de-sac du Douglas. Entretiens de Bichat (chirurgie et spécialités), 1966, 333-336, Expansion scient. franç., édit., Paris.

150 - TOUSSAINT M.E.R.

L'ovaire et l'état hormonal dans les rétro-déviations de l'utérus. Thèse Paris, 12.01.1949, n° 28, 63 pages.

151 - TRIANTAFILLOPOULOS B.

Les tests biologiques du syndrome hépato-génital consécutif à la rétro-déviation de l'utérus.
C.R. Soc. Franç. Gyn., débembre 1951, 21, n° 9, 406-409 (bibliogr.).

152 - TRILLAT, BURTHIAULT et GONNET

Deux cas de dystocie après péritonisation type Pestalozza ; hystérectomie, difficultés respiratoires.
Gynéc. Obst. 1948, 47, n° 1, 91-94.

153 - TSOUTSOULOPOULOS G.

Une modification de l'hystéropexie de Doléris et une nouvelle exohys-téropexie extra-péritonéale.
Zbl. Gyn., 1956, 78, n° 5, 173-179, 7 fig. (bibliogr.).

154 - TUSCHER H.

Des troubles psycho-sexuels peuvent-ils servir d'indications à une inter-vention pour rétroflexion utérine ?
Deutsche Med. Wschr., 17.09.1948, 73, n° 35-36, 397-399.

155 - VAN CAUWENBERGHE

La rétroversion utérine et ses complications inflammatoires. Livre Jubilaire à Amédée Laffont. Encyclopédie médico-chirurgicale, 1952, 20-294.

156 - VARANGOT J.

Le problème de la rétroversion utérine. Concours méd., 25.06.1959, 81, n° 30, 3421-3422.

157 - VOUKASSOVITCH G. (Madame)

Les images de flexion utérine.
Thèse Paris, avril 1956, n° 323, 32 pages, 8 fig.

158 - WAHL F.A.

Traitement de la rétrodéviation de l'utérus.
Med. Klin., 17.03.1939, 35, n° 11, 337-339.

159 - WHITE G.M.

Expériences de la manoeuvre de Melhado dans la rétrodéviation persistante.
Surg. Gyn. Obst., 15.02.1939, 68, n° 2 A, 495-498.

160 - WINTER G.

Détermination précise de la rétroflexion utérine.
Zbl. Gyn., 2.01.1943, 67, n° 1, 2-5.

161 - WURSTER K.

Correction chirurgicale des déviations utérines.
Zschr. Gebh. Gyn., 1951, 134, n° 3, 334-348.

162 - X.

Les vices de position utérine.
Inform. rap. Méd. prat., 14.11.1964, 17-18.

163 - YOUSSEF A.F.

Une nouvelle technique pour la correction par la voie vaginale de rétroversion-rétroflexion de l'utérus.
J. Obst. Gyn., Brit. Emp., juin 1960, 67, n° 3, 485-489, 5 fig.

164 - ZUCKERMANN C.

Chirurgie des rétroversions utérines.
J. Int. Chir., mars-avril 1949, 9, n° 2, 156-174, 7 fig. (bibliogr.).

P L A N D' E T U D E

	Page
GENERALITES . INTRODUCTION	1
RAPPEL HISTORIQUE	4
DEFINITION et CLASSIFICATION des TROUBLES de la STATIQUE GENITALE	8
MATERIEL et METHODE d'ETUDE	13
ETIOPATHOGENIE	18
Etude des fréquences	19
Le terrain de la rétroversion utérine essentielle	20
Pathogénie	21
ETUDE ANATOMO-PHYSIO-PATHOLOGIQUE	28
La croissance de l'Utérus	29
Etude des positions de l'Utérus	30
Anatomie fonctionnelle et chirurgicale des ligaments ronds	31
Etude des forces agissant sur l'Utérus	31
Anatomie pathologique	35
ETUDE CLINIQUE	38
Etude analytique des symptômes	39
Etude synthétique	44
Examens complémentaires	46
Evolution des rétroversions utérines	47
TRAITEMENT	55
Méthodes thérapeutiques	56
Médicales	56
Physiques	58
Chirurgicales	60
Indications thérapeutiques	72
Dans hypotrophie génitale	72
Dans Rétroversion utérine juvénile	73
Dans Rétroversion utérine post-gravidique	76
Dans Rétroversion utérine acquise	79
R	
Résultats globaux	82
CONCLUSIONS	86 bis

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes Confrères si j'y manque.